



This is a digital copy of a book that was preserved for generations on library shelves before it was carefully scanned by Google as part of a project to make the world's books discoverable online.

It has survived long enough for the copyright to expire and the book to enter the public domain. A public domain book is one that was never subject to copyright or whose legal copyright term has expired. Whether a book is in the public domain may vary country to country. Public domain books are our gateways to the past, representing a wealth of history, culture and knowledge that's often difficult to discover.

Marks, notations and other marginalia present in the original volume will appear in this file - a reminder of this book's long journey from the publisher to a library and finally to you.

### Usage guidelines

Google is proud to partner with libraries to digitize public domain materials and make them widely accessible. Public domain books belong to the public and we are merely their custodians. Nevertheless, this work is expensive, so in order to keep providing this resource, we have taken steps to prevent abuse by commercial parties, including placing technical restrictions on automated querying.

We also ask that you:

- + *Make non-commercial use of the files* We designed Google Book Search for use by individuals, and we request that you use these files for personal, non-commercial purposes.
- + *Refrain from automated querying* Do not send automated queries of any sort to Google's system: If you are conducting research on machine translation, optical character recognition or other areas where access to a large amount of text is helpful, please contact us. We encourage the use of public domain materials for these purposes and may be able to help.
- + *Maintain attribution* The Google "watermark" you see on each file is essential for informing people about this project and helping them find additional materials through Google Book Search. Please do not remove it.
- + *Keep it legal* Whatever your use, remember that you are responsible for ensuring that what you are doing is legal. Do not assume that just because we believe a book is in the public domain for users in the United States, that the work is also in the public domain for users in other countries. Whether a book is still in copyright varies from country to country, and we can't offer guidance on whether any specific use of any specific book is allowed. Please do not assume that a book's appearance in Google Book Search means it can be used in any manner anywhere in the world. Copyright infringement liability can be quite severe.

### About Google Book Search

Google's mission is to organize the world's information and to make it universally accessible and useful. Google Book Search helps readers discover the world's books while helping authors and publishers reach new audiences. You can search through the full text of this book on the web at <http://books.google.com/>



## Über dieses Buch

Dies ist ein digitales Exemplar eines Buches, das seit Generationen in den Regalen der Bibliotheken aufbewahrt wurde, bevor es von Google im Rahmen eines Projekts, mit dem die Bücher dieser Welt online verfügbar gemacht werden sollen, sorgfältig gescannt wurde.

Das Buch hat das Urheberrecht überdauert und kann nun öffentlich zugänglich gemacht werden. Ein öffentlich zugängliches Buch ist ein Buch, das niemals Urheberrechten unterlag oder bei dem die Schutzfrist des Urheberrechts abgelaufen ist. Ob ein Buch öffentlich zugänglich ist, kann von Land zu Land unterschiedlich sein. Öffentlich zugängliche Bücher sind unser Tor zur Vergangenheit und stellen ein geschichtliches, kulturelles und wissenschaftliches Vermögen dar, das häufig nur schwierig zu entdecken ist.

Gebrauchsspuren, Anmerkungen und andere Randbemerkungen, die im Originalband enthalten sind, finden sich auch in dieser Datei – eine Erinnerung an die lange Reise, die das Buch vom Verleger zu einer Bibliothek und weiter zu Ihnen hinter sich gebracht hat.

## Nutzungsrichtlinien

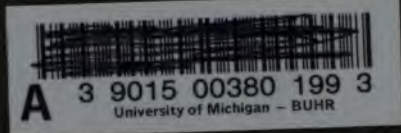
Google ist stolz, mit Bibliotheken in partnerschaftlicher Zusammenarbeit öffentlich zugängliches Material zu digitalisieren und einer breiten Masse zugänglich zu machen. Öffentlich zugängliche Bücher gehören der Öffentlichkeit, und wir sind nur ihre Hüter. Nichtsdestotrotz ist diese Arbeit kostspielig. Um diese Ressource weiterhin zur Verfügung stellen zu können, haben wir Schritte unternommen, um den Missbrauch durch kommerzielle Parteien zu verhindern. Dazu gehören technische Einschränkungen für automatisierte Abfragen.

Wir bitten Sie um Einhaltung folgender Richtlinien:

- + *Nutzung der Dateien zu nichtkommerziellen Zwecken* Wir haben Google Buchsuche für Endanwender konzipiert und möchten, dass Sie diese Dateien nur für persönliche, nichtkommerzielle Zwecke verwenden.
- + *Keine automatisierten Abfragen* Senden Sie keine automatisierten Abfragen irgendwelcher Art an das Google-System. Wenn Sie Recherchen über maschinelle Übersetzung, optische Zeichenerkennung oder andere Bereiche durchführen, in denen der Zugang zu Text in großen Mengen nützlich ist, wenden Sie sich bitte an uns. Wir fördern die Nutzung des öffentlich zugänglichen Materials für diese Zwecke und können Ihnen unter Umständen helfen.
- + *Beibehaltung von Google-Markenelementen* Das "Wasserzeichen" von Google, das Sie in jeder Datei finden, ist wichtig zur Information über dieses Projekt und hilft den Anwendern weiteres Material über Google Buchsuche zu finden. Bitte entfernen Sie das Wasserzeichen nicht.
- + *Bewegen Sie sich innerhalb der Legalität* Unabhängig von Ihrem Verwendungszweck müssen Sie sich Ihrer Verantwortung bewusst sein, sicherzustellen, dass Ihre Nutzung legal ist. Gehen Sie nicht davon aus, dass ein Buch, das nach unserem Dafürhalten für Nutzer in den USA öffentlich zugänglich ist, auch für Nutzer in anderen Ländern öffentlich zugänglich ist. Ob ein Buch noch dem Urheberrecht unterliegt, ist von Land zu Land verschieden. Wir können keine Beratung leisten, ob eine bestimmte Nutzung eines bestimmten Buches gesetzlich zulässig ist. Gehen Sie nicht davon aus, dass das Erscheinen eines Buchs in Google Buchsuche bedeutet, dass es in jeder Form und überall auf der Welt verwendet werden kann. Eine Urheberrechtsverletzung kann schwerwiegende Folgen haben.

## Über Google Buchsuche

Das Ziel von Google besteht darin, die weltweiten Informationen zu organisieren und allgemein nutzbar und zugänglich zu machen. Google Buchsuche hilft Lesern dabei, die Bücher dieser Welt zu entdecken, und unterstützt Autoren und Verleger dabei, neue Zielgruppen zu erreichen. Den gesamten Buchtext können Sie im Internet unter <http://books.google.com> durchsuchen.

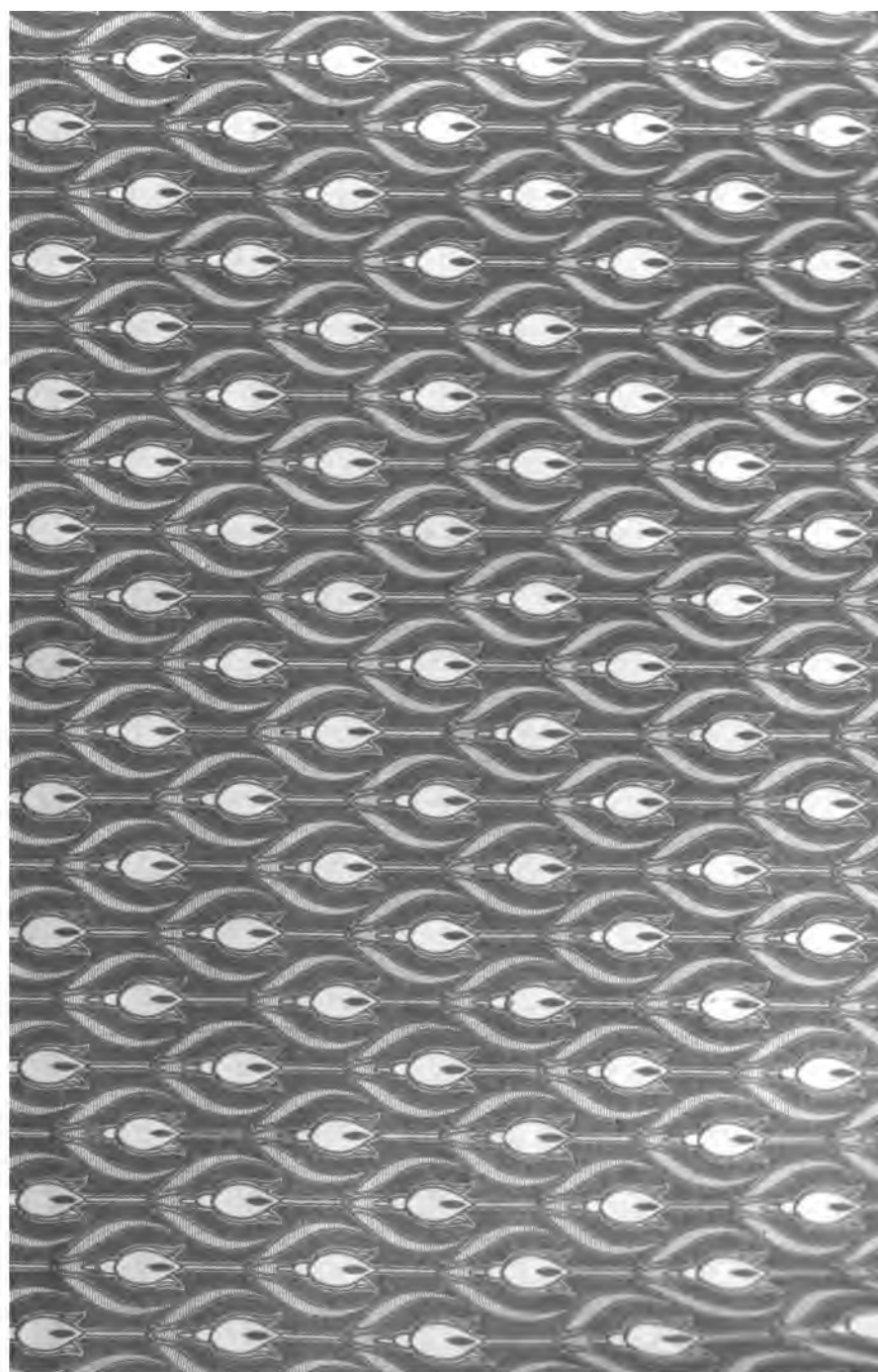


*Excerpta medica*

*1905/1906.*

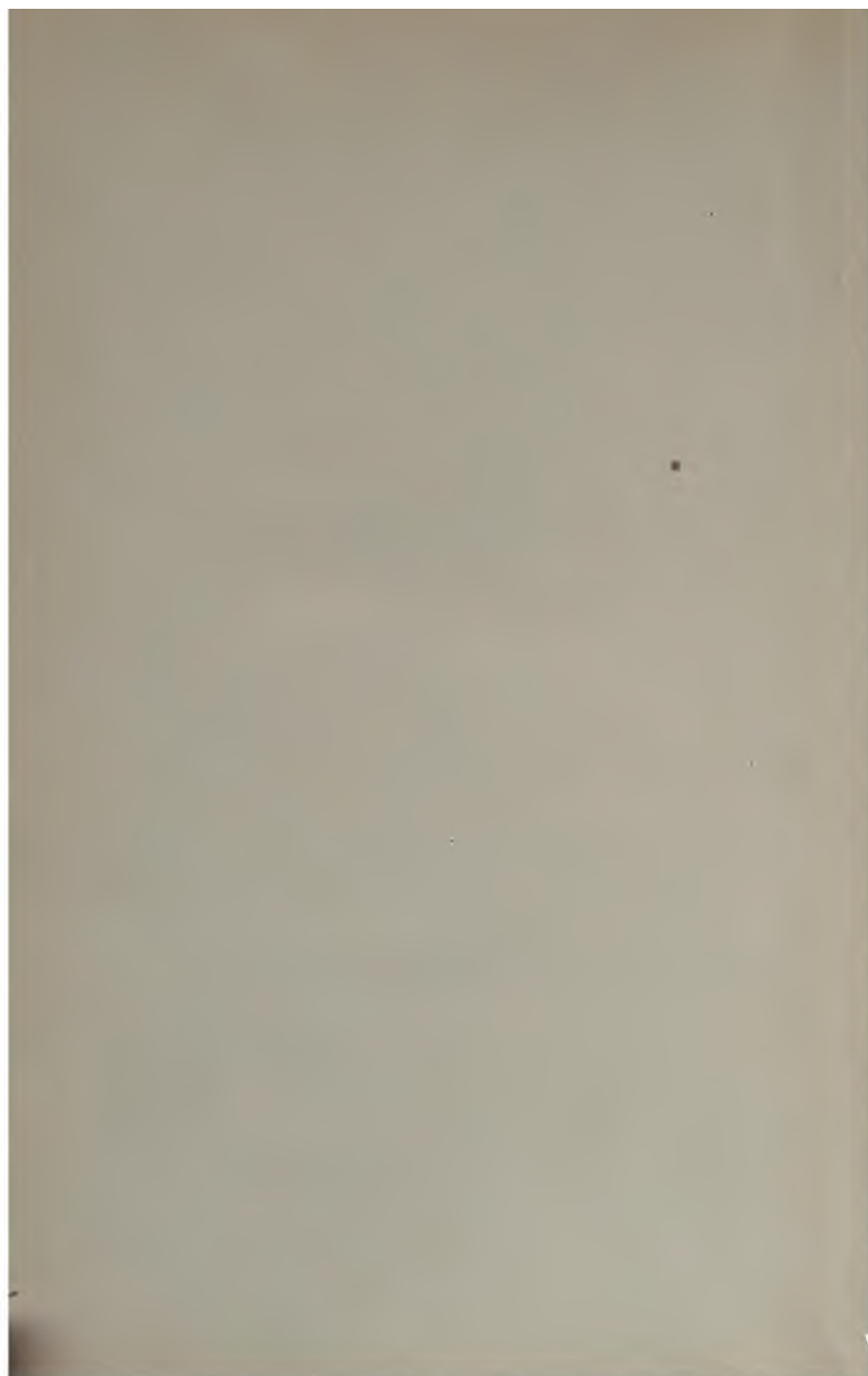








610.5  
E95



# **Excerpta medica.**

**Kurze monatliche Journalauszüge**

aus der gesamten Fachlitteratur

**zum Gebrauch für den praktischen Arzt.**

Herausgegeben

von

**Dr. med. Eugen Graetzer in Friedenau-Berlin.**



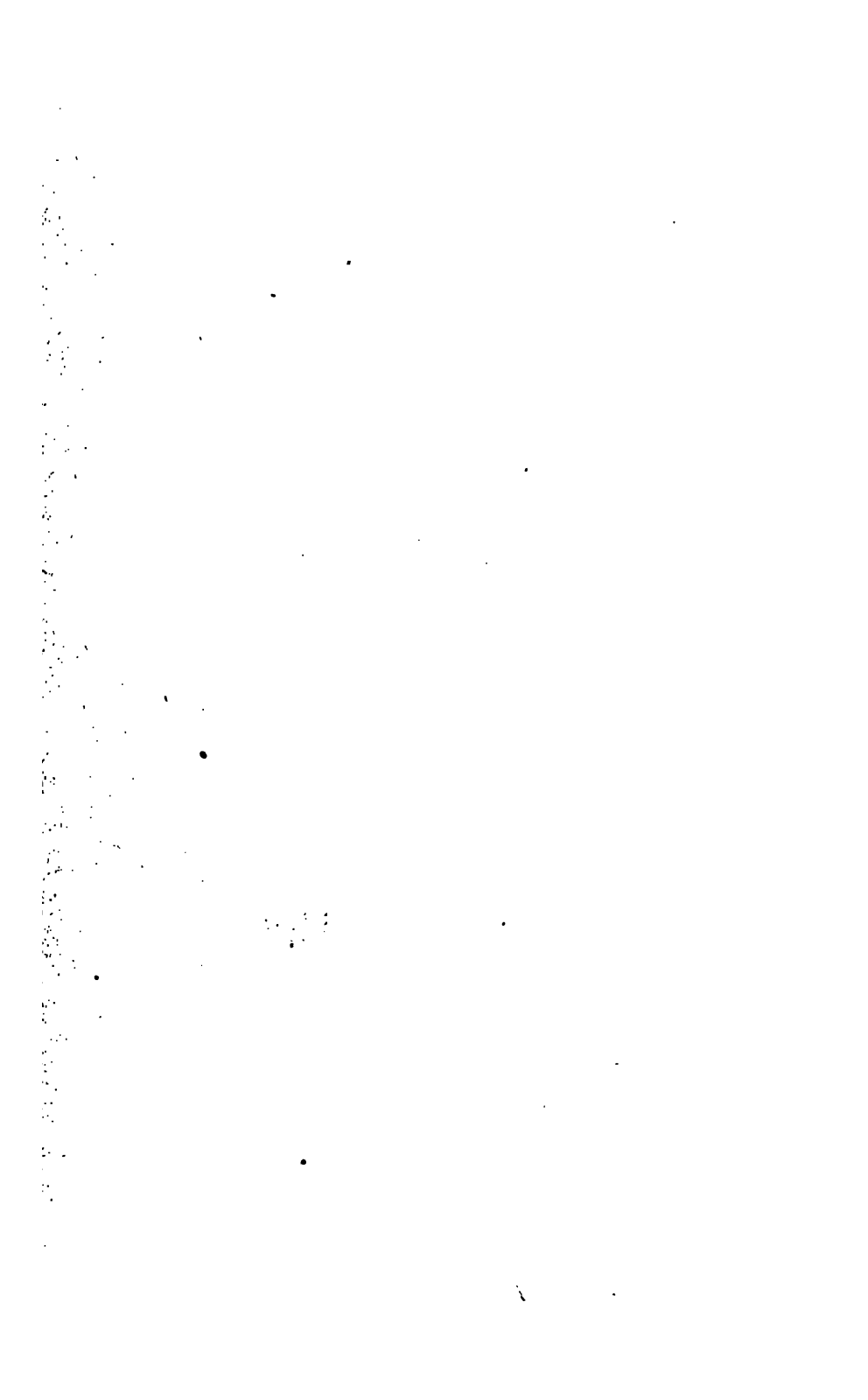
**Fünfzehnter Jahrgang 1905/1906.**



**CARL SALLMANN IN LEIPZIG**

**1906.**





Medical  
Müller  
1-29-27  
13902

## Verzeichnis der Stich- und Schlagworte.\*)

Agrypnie 4, 8, 10.

Anaemie, Chlorose 2, 5, 6,  
11, 12.

Anaesthesia, Narkose 1, 2, 3,  
4, 7, 9, 10, 11.

Angina 3, 7.

Antisepsis, Asepsis, Desinfec-  
tion 1, 4, 5, 8, 9, 10.

Arteriosclerosis 8, 12.

Arthritis urica 8.

Arznei-Exantheme 9.

Augentzündungen 1, 5, 7.

Basedow'sche Krankheit 2, 7,  
10, 12.

Blutungen 2, 4, 5, 6, 8, 9, 11, 12.

Bronchitis 12.

Bubonen 9.

Cholera 2.

Chorea 4.

Combustio 3, 10.

Diabetes 1, 4, 6, 10, 11.

Diphtherie 1, 4, 10.

Dysenterie 4.

Ekzem 5, 8.

Erysipel 1, 3, 7.

Fracturen und Luxationen 3,  
5, 8.

Fremdkörper 5.

Furunculosis 7.

Gonorrhoe 2, 3, 4, 6, 9, 11.

Haemorrhoiden 5, 10.

Helminthiasis 1, 4.

Hemicranie 12.

Hernien 1, 6.

Herpes 7.

Hyperidrosis 7.

Hysterie 3, 7.

Ichthyosis 4.

Influenza 1, 4.

Insektenstiche 6, 12.

Intoxikationen 1, 2, 4, 6, 8, 12.

Magen- und Darmkatarrhe 2, 4,  
6, 9, 10, 11.

Meningitis 1, 2, 8.

\*) Hier bezeichnen die Zahlen die Nummern des Blattes, bei den  
übrigen Registern die Seiten.

#### IV

**Nephritis** 1, 3, 7, 9.

**Neuralgieen** 4, 8, 9.

**Obstipatio** 3, 5, 9.

**Paralysen** 2.

**Pemphigus** 10.

**Perniones** 7.

**Pertussis** 5, 10.

**Pes valgus** 2.

**Pes varus** 10.

**Pneumonie** 3, 4, 6, 8, 11.

**Prostatahypertrophie** 2.

**Prurigo** 11.

**Pruritus** 7.

**Psoriasis** 8, 11.

**Rheumatismen** 3, 5, 7, 12.

**Rhinitis** 1, 3, 5, 10.

**Scarlatina** 5.

**Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett** 1, 2, 7, 9, 11, 12.

**Seekrankheit** 7, 12.

**Sepsis. Pyaemie** 2, 5, 10.

**Skleroderma** 4, 8.

**Stomatitis** 12.

**Stricturea oesophagi** 5, 10.

**Syphilis** 1, 3, 5, 6, 9, 11.

**Tendinitis** 6.

**Tetanus** 7, 11.

**Tuberculose** 1, 2, 5, 7, 8, 9, 10, 12.

**Tumoren** 3, 6, 11, 12.

**Typhus** 1.

**Ulcus cruris** 2.

**Ulcus molle** 4.

**Ulcus ventriculi** 5, 6, 7.

**Urticaria** 4.

**Vitia cordis** 5, 6, 8, 12.

---

# Excerpta medica.

Kurze monatliche Journalauszüge

aus der gesammten Fachliteratur

zum Gebrauch für den praktischen Arzt.

Herausgegeben von Dr. med. Eugen Grætzner in Sprottau.

Verlag von Carl Sallmann, Leipzig.

Oktober

XV. Jahrgang

1905.

**Anaesthesie, Narkose.** Die „physiologische Narkose“ und ihren Heilwerth für die Praxis bespricht Dr. Fr. Kleinsorgen (Elberfeld). Unter „physiologischer Narkose“ versteht er den Betäubungszustand, der auf rein natürlichem Wege unter alleiniger Zuhülfenahme jener Momente zu Stande kommt, die an und für sich die Grundlagen des normalen Schlafes abgeben: Ruhe und Dunkelheit. Autor hat einen diese physiologische Narkose herbeiführenden Hilfsapparat erdacht, der zunächst als wesentliches Unterstützungsmittel zur schnelleren und ruhigeren Herbeiführung der künstlichen Narkose angesehen werden sollte. Wenn Ruhe und Dunkelheit schon die Vorbedingungen des natürlichen Schlafes abgeben, so sind sie zur Herbeiführung der künstlichen Narkose um so wünschenswerther, als gerade hier vor und zu Beginn der Narkose die Sinnesorgane sich in erhöhtem Reizzustande befinden. Durch Anlegung eines *Schalldämpfers* und einer *Dunkelbrille* kann man den Eintritt der Narkose beschleunigen und günstiger gestalten. Vielleicht von noch grösserer therapeutischer Tragweite ist die Uebertragung des Princips der physiologischen Narkose auf das Gebiet der Nervenheilkunde. Zeitweise absolute Ruhe stellt eines der wirksamsten Mittel für Nervöse dar. Da hier nicht allein möglichste Stilllegung der geistigen, sondern auch der körperlichen Thätigkeit besonders erwünscht ist, hat Autor seinem Hilfsapparat noch eine *Hand- und Fussbinde* zugefügt und so einen „Nervenbindungsapparat“ zusammengestellt, mit dessen Hilfe man jene Zwangsruhe erreicht. Die Einleitung der physiologischen Narkose geschieht nun

so: In einem ruhig gelegenen Zimmer wird Pat. auf den Rücken gelagert, bekommt Schalldämpfer und Dunkelbrille, event., ist er sehr nervös und unruhig, auch die Binden. Um nun noch die reflective Geistesthätigkeit auszuschliessen, muss er, genau wie bei jeder anderen Narkose, zählen, und zwar seine eigenen Athemzüge, jedoch nur in Gedanken, und zwar bis 100 und zurück. Die langsame Folge derselben zwingt zum ruhigen, einschläfernden Zählen, der einzigen Arbeit der sonst ganz abgebundenen Denkkraft. Es wird nicht lange dauern, und Pat. verfällt in einen erquickenden Schlafzustand.

(Therap. Monatshefte, Juli 1905.)

- **Der Tod in der Morphin-Scopolamin-Narkose**, so lautet eine Arbeit von Dr. H. Landau aus der Karewski'schen Klinik in Berlin. Nachdem daselbst diese Narkose in 17 Fällen ausgeführt war, erfolgte beim 18. der Todesfall. Bei den 17 Fällen handelte es sich fast durchweg um Kranke, bei denen wegen hohen Alters, Hinfälligkeit, Herzschwäche, Arteriosklerose die gewöhnliche Narkose gefährlich erschien. Es wurde gleichzeitig 1 mg Scopolamin mit 2—3 cg Morphin gegeben und manchmal völlige Betäubung erzielt; meist waren jedoch einige Züge Chloroform oder Aether zu tiefem Schläfe nöthig. Das ruhige Einschlummern und stundenlange Andauern der Wirkung, unter dem Brechneigung und Uebelkeit verschwinden, lernte man jedesmal schätzen; freilich hatte man auch immer bei den mit weiten Pupillen, gedunsenen, oft blaurothem Gesicht und schlaftrunkenen Abwehrbewegungen daliegenden Kranken den Eindruck einer schweren Vergiftung, vielmehr als während der gewöhnlichen Narkosen. Gut vertrugen das Scopolamin gerade alte oder vorzeitig gebrechliche Leute. Es wurde daher kein Bedenken getragen, auch einen 65jährigen, mässig arteriosklerotischen Pat. so zu narkotisieren, um seine Haemorrhoiden operativ zu beseitigen. Zwei Stunden vor der Operation 0,9 mg Scopolamin, 2 cg Morphin. Tiefe Narkose. Vier Haemorrhoidenknoten werden nach Cocaininjection der Basis (im Ganzen 3 cg Cocain. mur.) unter sehr geringem Blutverlust ausgeschnitten. Pat. wacht eine Stunde post operat. auf, ist unruhig. Puls, wie während der Operation, gut, Aussehen nicht mehr cyanotisch, als wie sonst nach solchen Narkosen. 2½ Stunden post operat. plötzlicher Herzcollaps, der auf Kampher weicht; ½ Stunde später wieder Pulsverschlechterung, die angewandten Mittel helfen



nicht, Tod unter dem Bilde der Herzlähmung. Die Morphin-Scopolamin-Narkose hat bis jetzt die erschreckende Sterblichkeitsziffer von 1%. Der obige Todesfall war besonders bemerkenswerth. Es ist nicht anzunehmen, dass die geringe Cocainmenge für den Tod in Betracht kommt. Chloroform oder Aether kamen nicht zur Verwendung, die Dosis von Morphin und Scopolamin erreichte (mit 0,02 resp. 0,0009) bei beiden noch nicht einmal die Einzeldose der Pharmakopoe! Trotzdem hat die Verbindung der Alkaloide, die nach Schneiderlin selbst in viel stärkerer Gabe jede Vergiftungsgefahr ausschliessen soll, tödtlich gewirkt. Es fällt schwer, daran zu glauben, dass die 2 cg Morphin, wie sie als Sedativum oder als Vorbereitung auf Aether oder Chloroform alltäglich gegeben werden, durch die Vereinigung mit dem Scopolamin plötzlich zu so furchtbarer Wirkung gelangen sollten. Autor sieht die Todesursache fast ausschliesslich im Scopolamin und schliesst sich auf Grund seiner und Anderer Erfahrungen vorläufig Baker's Urtheil über die Morphin-Scopolamin-Narkose an: „Unsicher und gefährlich.“

(Deutsche med. Wochenschrift 1905 No. 28.)

- Ueber ein **neues Localanaestheticum** macht E. Impens (Elberfeld) eine vorläufige Mittheilung. *Alypin*, das salzsaure Salz des Benzoyltetramethyldiaminoäthylmethylcarbinols, ist im Wasser leicht löslich, wirkt stärker oder mindestens ebenso stark anaesthesirend als Cocain, ist aber bedeutend weniger giftig als dieses und ruft keine Mydriase, keine Accommodationsstörungen und keine Gefässverengung hervor.

(Deutsche med. Wochenschrift 1905 No. 29.)

- Ueber **Alypin** bringt Prof. Seifert (Würzburg) die Resultate der klinischen Prüfung. Er behandelte 25 Fälle von *Rhinitis hyperplastica* operativ mit Hülfe dieses Mittels und fand, dass im allgemeinen eine viermalige Pinselung mit 10%iger Alypinlösung vollständig genügt, um Aetzungen mit Chromsäure ebenso schmerzlos zu gestalten, wie das nach der Cocainisirung der Fall ist. Bei sehr grosser Reizbarkeit der Nase war mitunter fünfmalige Application nöthig, andererseits genügte bei manchen Pat. dreimalige. Auch galvanokaustische Aetzungen wurden so schmerzlos ausgeführt. Eine vasoconstrictorische Wirkung fehlte, und das ist vielleicht ein gewisser Nachtheil des Alypins, weil man bei hochgradiger Hyperplasie der unteren Muschel das Gesichtsfeld nicht genau übersehen und vor allem

nicht beurtheilen kann, ob nicht hinter dem verdickten vorderen Muschelende eine polypoide Hyperplasie der mittleren Parthie oder eine papillomatöse Hypertrophie des mittleren Muschelendes versteckt ist. Wo aber Verdacht auf derartige Processe besteht, kann man jeder Alypinisirung eine einmalige Cocainapplication vorausschicken. Irgendeine toxische Nebenerscheinung wurde bei Alypin nie beobachtet. Auch in 40 Fällen von einfachen *Nasenoperationen*, die sich auf 14 Schleimpolypen, acht weiche Papillome der unteren Muscheln, sechs polypoide Hyperplasieen, fünf Tuberculosen der Nasenschleimhaut, zwei papillomatöse Hypertrophieen des hinteren Muschelendes, drei einfache Hypertrophieen daselbst, eine Synechie zwischen unterer Muschel und Septum etc. beziehen, war die anaesthesirende Wirkung von vier-, resp. dreimaligen Einlagen von mit 10%iger Alypinlösung getränkten Wattetampons eine ebenso vollständige, wie nach Cocainisirung. Ferner bewährte sich diese Lösung als vortreffliches, ungiftiges Anaestheticum in einem schweren Falle von *Rachentuberculose*; Galvanokaustik und Aetzungen mit reiner Milchsäure waren schmerzlos. Sieben Fälle von *Kehlkopfaffectationen* zeigten ebenfalls den Werth des Alypins. Autor bedient sich jetzt immer bei *Larynxtuberculose* dieses Mittels, um die Aetzungen auszuführen. In einem schweren Falle brachten Cocain, Eucain, Anaesthesin, Orthoform etc. keine Erleichterung mehr, Pat. schien zu einem qualvollen Dasein verurtheilt. Da fing Autor an, täglich eine halbe Stunde vor dem Mittagessen 2,5—3,0 g zehnpromcentiges Alypin in den Kehlkopf einzuspritzen, resp. den Kehlkopfeingang damit zu bespülen, ferner Morgens und Abends  $\frac{1}{2}$ %ige Alypinlösung inhaliren zu lassen. Das milderte die Beschwerden prompt. Dasselbe geschah in einem zweiten Falle. In vier Fällen endlich (darunter dreimal Sklerose des Praeputiums) hatte die Schleich'sche Anaesthesirung mit  $\frac{1}{2}$ %iger Alypinlösung sehr gute Wirkung. Alypin vermag also das Cocain zu ersetzen und ist bei Weitem nicht so giftig, wie dieses.

(Deutsche med. Wochenschrift 1905 No. 34.)

### **Antisepsis, Asepsis, Desinfection.** In seiner Arbeit:

**Die Heisswasser-Alkohol-desinfection nach Ahlfeld auf der geburts-hülflichen Abtheilung; des Frauenspitals Basel-Stadt** gelangt Prof. O. v. Herff zu folgendem Resumé: „So ergiebt dieser Vergleich zwischen Berlin mit seiner Desinfection nach Fürbringer und Basel mit der

Ahlfeld'schen Heisswasseralkoholdesinfection, und zwar bei vorsichtigster und zurückhaltendster Kritik, als ganz sicher, dass bei jahrelanger Anwendung die Heisswasseralkoholdesinfection sich auf der geburtshülflichen Abtheilung, aber auch auf der gynaekologischen in Basel voll und ganz bewährt hat, dass sie in ihren Ergebnissen in keiner Beziehung hinter jenen, die man mit der Fürbringer'schen Methode als beste erhalten kann, zurücksteht. Die Ergebnisse des Frauenspitales Basel-Stadt, erreicht mit der Heisswasseralkoholdesinfection, können getrost unter die besten gestellt werden. Die Ahlfeld'sche Desinfectionsmethode ist zum mindesten der Fürbringer'schen klinisch ebenbürtig und muss daher, zumal sie einfacher in der Technik ist, den Aerzten ganz besonders empfohlen werden.<sup>4</sup>

(Münchener med. Wochenschrift 1905 No. 24 u. 25.)

- **Ueber die Heilkraft der Alkohol-Silber-Salbe** hat Dr. R. Weissmann (Lindenfels) Erfahrungen gesammelt. Bei inficirten Wunden, beginnenden Phlegmonen, Furunkel etc. bewährte sich die Salbe sehr gut, und Autor war in allen Fällen, in denen er von der Salbe Gebrauch machte, mit derselben ausserordentlich zufrieden. Man trägt die Salbe (hergestellt von der Chem. Fabrik Helfenberg) messerrückendick auf, bedeckt die Stelle mit einer doppelten Schicht Verbandmull, darüber kommt ein wasserdichter Stoff, eine Schicht Watte und die Binde. Verbandwechsel 1—2 mal täglich.

(Aerztl. Rundschau 1905 No. 39.)

- **Ein praktischer Fadenrahmen** ist von Dr. G. Feldmann (Stuttgart) construirt worden. Man kann darauf die kleinste Menge Seide, Catgut oder Zwirn schnell, bequem und sicher sterilisiren. Der Faden wird am Anfang und am Ende eingeklemmt, man kann also ebenso gut zwei wie 10 Touren aufwickeln. Jede Umwicklung entspricht einer Nahtlänge, und bei vollgewickeltem Rahmen genügt nach vollzogener Sterilisation ein Scherenschlag, um 10 isolirte Fäden zu liefern. Das bespannte Rähmchen kann im kleinsten Kochgefäss ausgekocht werden. Die gekochten Fäden sind in Folge der Spannung steif und sehr leicht zu handhaben. Da jeder Faden vollkommen isolirt ist, wird eine einwandfreie Sterilisation erzielt. Will man die Sterilisation vorher vornehmen, so unterlässt man nach dem Auskochen einfach das Durchschneiden der Fäden und wickelt den bespannten Apparat in eine sterile Compresse ein. Für grössere Operationen ist ein grösserer

Apparat construirt, der sowohl in vertikaler als in horizontaler Richtung bewickelt werden kann; er erlaubt die Wickelung von  $2 \times 27 = 54$  Touren. Belde Rahmen werden hergestellt von der Actiengesellschaft für Feinmechanik in Tuttlingen.

(Medicin. Klinik 1905 No. 35.)

## **Augenentzündungen. Augenbäder mit Lösungen von**

**künstlichem Emser Salz**, die er sich selbst herstellte, empfiehlt Augenarzt Dr. Hesse (Pirna). Seit fünf Jahren verwendet er zu diesen Bädern Augenbadewannen, d. h. kleine Gläschen, deren Rand so geschliffen ist, dass er der Umgebung des Auges sich gut anpasst. Eine solche zugleich mit einer Glastube, enthaltend 20 Tabletten von künstlichem Emser Salz à 1 g und eine Glasflasche von 100 g, wird von der Chem. Fabrik Dr. E. Sandow in Hamburg in den Handel gebracht (zu haben in Apotheken und Drogenhandlungen, sowie direct von der Fabrik für Mk. 1,50). Die Flaschen werden mit abgekochtem Wasser angefüllt, um darin eine Tablette zu lösen; die Augenbadewanne damit zur Hälfte gefüllt, vom Pat. in die Hand genommen, dann das Auge geöffnet und bei vornübergebeugtem Kopf in die Badewanne hineingedrückt, so, dass der Rand der Badewanne überall der Umgebung des Auges fest anliegt. Alsdann soll der Kopf soweit nach rückwärts erhoben werden, dass das Wasser in der Badewanne sich über dem Auge befindet, um nun dasselbe bei fleissigem Oeffnen und Schliessen des Auges auf die Dauer von  $\frac{1}{2}$  Minute zu baden. Dies wird 4—6 mal am Tage wiederholt. Diese absolut schmerzlosen Bäder haben sich bestens bei äusseren katarrhalischen und entzündlichen A., sowie zur Verhütung dieser Zustände und zur Pflege der Augen bewährt. Es wird so ein grosser Theil von staubförmigen Fremdkörpern mechanisch entfernt, ebenso Krankheitserreger und krankhafte Absonderungen, Secretansammlungen auf diese Weise beseitigt, dadurch die Heilung der A. befördert, secundären Hornhautgeschwüren vorgebeugt. Diese Bäder sind viel zweckmässiger als Einträufelungen, Umschläge u. s. w. Bei tiefen scrophulösen Hornhautgeschwüren giebt es keine bessere Behandlung. Hornhautdefecte nach Verletzungen, entfernten Fremdkörpern, sowie bei Bläschenerkrankungen werden so vor Infection geschützt. Auch bei Lidrandentzündung wirken die Bäder sehr gut, desgleichen bei Thränensackleiden und dergl.

(Aerztl. Central-Anzeiger 1905 No. 29.)

— **Die Behandlung der sogenannten scrophulösen Augenentzündungen** bespricht Dr. Rothholz (Stettin) und hebt zunächst hervor, dass nach seiner Ansicht sehr oft die bekannten scrophulösen Erscheinungen abhängig sind von einer vorhandenen *Naseneiterung*; letztere ist auch bei der Behandlung in erster Linie zu berücksichtigen und, gleich den etwaigen consecutiven Ekzemen am Gesicht und Kopf, schnellstens zu beseitigen. Eine Reihe von Vorsichtsmaassregeln kommt zunächst in Betracht. So muss man verhüten, dass das Kind mit den Händen an seine Augen kommt, und darf sich nicht scheuen, event. die Hände einige Zeit zu fesseln. Ferner sollen die Kinder nicht mit dem Gesicht nach unten im Bette liegen; man schütze die Augen bei grösseren Kindern durch eine graue Schutzbrille, bei kleineren durch einen Pappschild, gegen das helle Licht. Auf das Kopfkissen müssen stets saubere Tücher kommen, damit das Kind sich nicht immer von neuem an dem Schmutzdepôt daselbst inficiren kann. Ein solches ist auch in der Regel auf der Schulter der Mutter etablirt; man soll daher die Kinder möglichst nicht herumtragen, da sie dabei meist die Augen gegen die Schulter der Mutter drücken. Für Beseitigung des Nasensecrets ist fortdauernd Sorge zu tragen. Aeltere Kinder müssen methodisch kräftig schnauben (*einseitig*); bei kleinen Kindern bläst Autor mittels eines Glasröhrchens, an welchem ein Gummischlauch angebracht ist, Sozodolzin 1 : Amyl. 20 ein, um nicht nur medicamentös zu wirken, sondern auch das Nasensecret fortzuschaffen. Auf nässende Ekzeme kommt Airolpulver in dicker Schicht, die als Schutzdecke liegen bleibt. Die Kinder müssen viel in's Freie, mit einer Schutzbrille oder Lichtschirm versehen. Natürlich erfordert die Nase meist noch eine specielle Behandlung. Die locale Behandlung der Augen hat zunächst in Beseitigung der Lichtscheu zu bestehen, die fast stets durch Betheiligung der Hornhaut bedingt ist. Atropinisiren trägt viel zur Beseitigung der Reizerscheinungen bei. Zweckmässig ist es oft, ein minimales Körnchen Atropin mittels einer glatten Sonde aufzunehmen und trocken in dem Conjunctivalsack zu deponiren. Ueberhaupt ist Feuchtigkeit möglichst fernzuhalten. Die beliebten Camillenumschläge sind streng zu verbieten. Auch das Verbinden ist schädlich; eine Brille, ein Lichtschirm genügt vollkommen. Im Anfange streicht Autor eine Salbe von Airol 1 g : Ung. leniens 14 g in den Conjunctivalsack und die Lider, sowie auf trockene Gesichtsekzeme. Nur bei stär-



kerer Schleim- oder Eitersecretion kommt eine Lösung (Arg. nitr.) zur Anwendung, nur bei grösseren Hornhautgeschwüren ein Verband, der aber möglichst kurze Zeit nur applicirt werden soll. Die gelbe Quecksilbersalbe wird erst nach erheblichem Zurückgehen der Reizerscheinungen der Hornhaut angewandt. Stets ist aber vor Allem die Naseneiterung therapeutisch und prophylaktisch zu berücksichtigen; das ist ebenso wichtig, wie die locale Behandlung der Augen. Autor will nicht behaupten, dass alle scrophulösen Augenerkrankungen mit Naseneiterung zusammenhängen und dass eine constitutionelle Scrophulose überhaupt nicht existirt; jedenfalls muss man stets an eine Nasenaffection denken und dieselbe dringend berücksichtigen.

(Therap. Monatshefte, August 1905.)

- Eine **Notiz zur Therapie der Heufieber-Conjunctivitis** bringt Prof. Kuhnt (Königsberg i/Pr.). In einem Falle von Heufieber, bei dem schon die Nasenaffection durch *Anaesthesin* prompt beeinflusst worden war (mittels Pulverbläasers applicirt), wandte Autor auch dies Mittel am Auge an und stäubte das Pulver 2—3mal täglich ein. Die Wirkung war eine sehr gute und setzte sich auch auf die Nase mit fort.

(Deutsche med. Wochenschrift 1905 No. 34.)

## **Diabetes. Ueber ein neues Verfahren zur Herstellung von**

**Diabetikerbroden** berichtet Privatdoc. Dr. P. Bergell (Berlin I. medic. Klinik). Es wird dabei ausser einem besonders reinen und geeigneten Weizeneiweisspräparat ein neues Backmittel benützt, die Keime des Roggens, welche mit Hilfe eines Fermentierungsverfahrens in geeigneter Weise präparirt werden. Das für die Herstellung der Brode benützte Klebereiweiss ist ausschliesslich das Glidin Dr. Klopfer's. Dies und die präparirten Roggenkeimlinge, in geeigneter Weise vermahlen und gemischt, bilden ein Mehl, aus dem ohne Schwierigkeiten ein kohlehydratarmes Brod gebacken werden kann; es enthält 3% Kohlehydrate und 45% Eiweiss. Autor nennt das neue Verfahren *Litonverfahren*. Klinische Versuche haben bereits ergeben, dass die *Litonbrode* vor den bisherigen Präparaten unbedingte Vorzüge besitzen. Sie werden hergestellt von L. Fromm in Kötzchenbroda bei Dresden und Rade mann in Frankfurt a/M.

(Medicin. Klinik 1905 No. 36.)

— Zur Frage der diätetischen Behandlung der Acetonurie der Diabetiker liefert Dr. O. Simon (Karlsbad) einen Beitrag. Es ist jetzt erwiesen, dass die Quelle der Acetonkörper in den Fetten liegt, und es wäre, um die Acetonurie hintanzuhalten, am einfachsten, die Fette und den Hauptrepräsentanten der leicht schmelzbaren, die Butter, aus der Kostmasse zu eliminieren. In der That gelingt es in Fällen von Acetonurie leichten Grades durch blosse Ausschaltung der Butter aus der Nahrung, das Harnaceton zum Verschwinden zu bringen. In anderen Fällen ändert sich aber am Harnbefund gar nichts, und der Pat. kommt überdies in seiner Ernährung bedeutend herunter. Es sind dies zudem Diabetiker, bei welchen auch eine Steigerung der Zufuhr von Kohlehydraten die Acetonausscheidung in merkbarer Weise nicht beeinflusst, die Hyperglykaemie und deren klinische Symptome aber zugleich wesentliche Steigerung erfahren. In diesen Fällen verfuhr Autor nun derart, dass er die Butter aus der Kostordnung zwar strich, anderseits aber bemüht war, den kalorischen Ausfall durch Superposition von reichlichem Eiweiss zu decken. Als bestes Mittel hierzu erwies sich der gewöhnliche Reibkäse Parmesan, in Bouillon und Thee bis zu 100 g im Tage vertheilt zu nehmen; dabei schwebte ihm die Hoffnung vor, mit Hilfe des im Organismus durch reichliche Eiweisszufuhr mittelbar oder unmittelbar mehr gebildeten Zuckers, die Entstehung der Acetonkörper zu beeinträchtigen. Der Reibkäse erwies sich nun bei diesen Kranken, sowie insbesondere auch in Fällen chronischer Unterernährung als ein geradezu ideales Nährpräparat. Auch sehen wir in drei vom Autor beschriebenen Fällen schwerer Diabetiker, die auf Entziehung der Butter nicht mit Reduction der Acetonurie und Diaceturie reagiren, wie bei ihnen nach Einführung reichlicher Mengen von Eiweiss in Form von Parmesankäse neben relativ grossen Gaben von Kohlehydraten, das Harnaceton prompt verschwindet.

(Prager med. Wochenschrift 1905 No. 34.)

**Diphtherie.** Die Behandlung der D. mit Quecksilberjodid empfiehlt Iseke (Westhofen) auf Grund der in einer schweren Epidemie gemachten Erfahrungen. Autor behandelte hier ausschliesslich mit diesem Quecksilberpräparat und erzielte sehr gute Resultate. Wurde das Mittel rechtzeitig angewandt, so trat gewöhnlich schon in einigen Tagen Heilung auf; bei leichteren Fällen verschwanden die Beläge schon nach Einnahme weniger Löffel.

Die Verordnung war:

Rp. Hydrarg. bijodat. 0,03  
 Kal. jod. 0,02  
 Syrup. Menth. 30,0  
 Aq. dest. ad 200,0  
 D. S. Erwachsene 2stündl. 1 Esslöffel,  
 Kinder entsprechend weniger.

Daneben nur vierstündliche Pinselungen mit frisch ausgepresstem Citronensaft, Priessnitz am Halse, resp. bei starker Schwellung der Drüsen Einreibungen mit Jodvasogen, Gurgelungen mit Kal. chloric. oder 3%iger Borsäure.

(Deutsche Aerzte-Ztg. 1905 No. 14.)

— Ueber **einfache Trachealhaken zum Gebrauche beim Canülenwechsel** macht Prof. v. Stubenrauch (München) Mittheilung. Es handelt sich um Fälle von Tracheotomien, in welchen häufiger als sonst in den ersten Tagen ein Canülenwechsel stattfinden muss, besonders aber um jene Fälle, in welchen die Trachea tief liegt. Man kennt die stürmischen Szenen, welche eintreten, wenn eine in Länge knapp bemessene Canüle bei tiefliegender (weit nach hinten liegender) Trachea nach heftigen Hustenstößen die Luft-röhre verlässt. Die sonst beliebten scharfen Häkchen zum Anhaken der Trachealwand verletzen zu leicht die Trachealknorpel. Die vom Autor benützten Haken\*) zum Auseinanderhalten der Luftröhrenränder verletzen nicht, sind leicht einzuführen und zu entfernen und halten einen weiten Wundtrichter offen, welcher das Einsetzen der Canüle wesentlich erleichtert. Das Instrument ist auch für andere Zwecke (Zungenspatel, Wundhaken für kleinere Operationen etc.) verwendbar. Zum Zwecke völligen ruhigen Arbeitens träufelt man vor dem Einsetzen der Haken in den Trachealschlitz 3—5 Tropfen der von Stein empfohlener Mischung:

Rp. Cocain. mur.  
 Antipyrin. aa 1,0  
 Sol. acid. carbolic. (1%) 20,0

ein und wartet  $\frac{1}{2}$  Minute.

(Münchener med. Wochenschrift 1905 No. 31.)

\*) In zwei Grössen verfertigt von H. Katech in München.

**Erysipel. Ueber die Behandlung des E. mit Ung. Crédé**

macht Dr. W. Born (Edernissen) Mittheilung. Er schreibt: „Ich habe nun seit zwei Jahren an solchen Körpertheilen, welche nicht mit voller Sicherheit eine genügende Compression durch Heftpflaster und Collodium erwarten liessen, das Ungt. Crédé in der unten beschriebenen Weise angewandt und dabei seither in allen Fällen einen prompten Erfolg erzielt. Ich ging von der Erwägung aus, dass es darauf ankommt, das E. allseitig mit einer im Unterhautbindegewebe befindlichen, möglichst dichten Schicht bakterienfeindlichen Materials zu umgeben. Dies erreicht man durch Verreibung der Cr  d  schen Salbe; jedoch nur, wenn die Salbe 25—30 Minuten lang auf derselben Hautstelle verrieben wird. Damit der Pat. die Verreibung verträgt, muss dieselbe in sehr schonender Weise und lediglich mit den Fingerspitzen ausgeführt werden. Ich construirte nun um das E. herum eine Figur mit geraden Seitenlinien, etwa ein Dreieck, Viereck etc., je nach örtlichen Verhältnissen, so zwar, dass jede Linie den vordersten Punct des E. oder mehrere Spitzen desselben streifte. Auf jeder Linie wurde darauf einmal täglich  $\frac{1}{2}$  Stunde lang die Salbe eingerieben. Die Spitzen der drei Mittelfinger wurden dabei so aufgesetzt, dass der mittelmste Finger auf der Linie verblieb, welche ich der Sicherheit halber vorher mit dem Blaustift markirte. Die Einreibung muss unbedingt in grader Linie vor sich gehen, und der Versuch, den unregelmässigen Krümmungen des E. mit der Hand zu folgen, ist nach meinen Erfahrungen dabei zu vermeiden, weil die lange Dauer der Procedur so ermüdend auf die Hand und den Vorderarm wirkt, dass schliesslich nur die Beuge- und Streckmuskeln des Oberarms noch die Bewegung im Gang halten. Etwaige Curven würden dann nicht mehr genau innegehalten, die reibenden Fingerspitzen würden hie und da abweichen und dadurch müsste die Concentration des Silbers an einer Stelle gestört werden. Die Einreibung muss an drei aufeinander folgenden Tagen ausgeführt werden. Bei sorgfältiger Ausführung genügte dies in allen Fällen, welche ich behandelt habe, um das E. zum Verschwinden zu bringen. Allerdings stellt diese Art der Behandlung ziemlich hohe Ansprüche an das Pflegepersonal. Oft wird es nöthig sein, die einzelnen Einreibungen durch Pausen getrennt und auch von verschiedenen Personen ausführen zu lassen. Die einreibende Person muss eine leichte Hand haben und die Fingerspitzen müssen weich sein, wenn

das Verfahren nicht schmerzhaft werden soll. Bei geschickter Ausführung ist der entstehende Schmerz sehr gering, während derselbe andererseits durch gewaltsames Reiben so hochgradig werden kann, dass der Pat. die weitere Anwendung der Salbe verweigert“. Autor hat bisher nur acht Fälle so behandelt, jedoch waren es zum Theil sehr schwere und der Erfolg stets ein durchschlagender.

(Die Therapie der Gegenwart, April 1905.)

- **Zur Anwendung von Mesotan bei E.** theilt Dr. W. Pautz (Berlin) mit, dass er in sechs Fällen Mesotan behandelt hat, die ersten drei Fälle mit Mesotan, Ol. Olivar. aa, die drei anderen mit Mesotan-Vaseline (1 : 2). Mesotan wirkte in allen Fällen sehr gut.

(Deutsche med. Wochenschrift 1905 No. 31.)

- **Ueber die Behandlung der chirurgischen Infectionen mit Phenocampher** lässt sich Privatdoc. Dr. V. Chlumsky (Krakau) aus, die er seit sechs Jahren mit sehr gutem Erfolg anwendet. Er empfiehlt zum Appliciren auf die kranke Haut oder auf die Wunden als recht wirksam und völlig unschädlich folgende Lösung:

Rp. Acid. carbolic. puriss. 30,0  
Camphor. trit. 60,0  
Alcoh. absol. 10,0.

Handelt es sich um E., und der Process ist noch frisch und nicht zu stark ausgebreitet, so wird die kranke Stelle und deren Umgebung 2—5mal täglich mit der Lösung bestrichen. Gewöhnlich nimmt im Verlaufe einiger Stunden die Röthung ab und das Uebel ist rasch geheilt. Ist die erkrankte Stelle in grösserem Umfange betroffen und das Leiden nicht mehr frisch, so wird alles Kranke, wie vorher, mit der Lösung betupft und mit von der Lösung durchtränkter Watte umhüllt; darüber Billrothbattist oder noch besser Wachspapier und Binde. Wechsel des Verbandes 1—2mal täglich. Auch hier rasche Besserung. Bei beginnenden *Phlegmonen*, *Panaritien*, *eitrigen Pusteln* derselbe Verband. Sehr oft gelingt es schon am ersten Tage, den Process zum Stehen zu bringen. Ist Eiter nachweisbar, wird incidirt und sofort in die Incisionswunde die Lösung gegossen (in grosse Abscesse bis 30—50 g ohne Schaden!). Ausspülungen der infectirten Wunden mit der Lösung und Einlegen damit getränkter Tampons. Darüber in den ersten Tagen Watte-Battistverband wie früher. Es ist auffallend, wie rasch sich manchmal die



lange eiternden Wunden reinigen, wie rasch sich die Secretion vermindert. Die Tampons werden nur so lange liegen gelassen, bis sich die Eitersecretion vermindert hat; dann wird nur die Lösung in die Wunde gegossen. Auch bei *tuberculösen Fisteln*, *Lymphangitiden* und *Furunkeln* hat sich diese Behandlung sehr gut bewährt.

(Centrallblatt f. Chirurgie 1905 No. 33.)

### **Helminthiasis. Gujasanol gegen Oxyuris vermicularis**

hat Dr. A. Rahn mit bestem Erfolge angewandt. Das harmlose, einfach anzuwendende Mittel zeigte energische, fast spezifische Wirkung, gegen Oxyuris in 4—5 %iger Lösung bei Erwachsenen und 2—3 %iger Lösung bei Kindern in folgender Weise angewandt. Der Mastdarm wurde mit einer dünnen Seifenlösung mittels eines etwa 12—15 cm langen grauen Gummirohrs aus einer Spülkanne gespült, und zwar mit 150 ccm bei Erwachsenen, mit der Hälfte bei Kindern; die Lösung war lauwarm und verweilte nur ca. eine Minute im Mastdarm. Gleich darauf wurde mit einer gleichen Menge der obigen Gujasanollösung nachgespült, die möglichst 3—5 Minuten in linker Seitenlage im Mastdarm zurückgehalten werden musste. Diese Prozedur wurde drei Abende hintereinander vorgenommen, und die Ordination dafür gleichzeitig gemacht:

Rp. Gujasanol. 12,0—15,0  
Aq. dest. ad 450,0  
S. In drei Theilen an drei  
Abenden zum Einlauf!

Bei Kindern kommt die Hälfte dieser Verordnungsweise in Frage.

(Münchener med. Wochenschrift 1905 No. 16.)

- **Die Durchwanderung der Ankylostomalarmen durch die menschliche Haut** ist jetzt durch Dr. Hayo Bruns und Dr. W. Müller (Institut für Hygiene und Bakteriologie in Gelsenkirchen) durch Versuche an Thieren und Menschen einwandfrei festgestellt worden.

(Münchener med. Wochenschrift 1905 Nr. 31.)

**Hernien. Ein Fall von plötzlich auftretendem und Ileus verursachendem Fettbruch des Leistenkanals bei einer 83jähr. Frau** wird von Dr. Aronheim (Gevelsberg) beschrieben. Pat. erkrankte in der Nacht plötzlich mit

heftigen Leibscherzen und häufigem Erbrechen. Vor drei Wochen hatte sie an einer schweren fieberhaften Influenza-Bronchitis gelitten, war aber nach 14 Tagen soweit hergestellt, dass sie wieder im Haushalt thätig war. Sonst hatte sie nie eine ernstere Krankheit durchgemacht und war noch von grosser körperlicher und geistiger Rüstigkeit. Pat. klagte jetzt über heftige Schmerzen im Leibe und anhaltendes Erbrechen. Temperatur und Respiration normal, Puls beschleunigt und schwach. Verstopfung angeblich seit zwei Tagen, trotz grosser Klysmen. Man musste sofort an Ileus denken oder an Bruch-einklemmung. Aber kein Bruch zu constatiren, Bruchgegenden frei und nicht besonders schmerzhaft. Abdomen nicht aufgetrieben, keine peristaltischen Bewegungen; nur bei Druck auf Magen- und Blinddarmgegend grosse Schmerzen. Nach unruhiger, durch Erbrechen und Singultus gestörter Nacht entwickelte sich bei der Pat. am nächsten Vormittag nach einem Einlauf bei heftigem Stuhl drang in der linken Leistengegend plötzlich eine schmerzhafte Geschwulst; Stuhl und Flatus noch nicht erfolgt, Allgemeinbefinden schlechter als Tags vorher, Gesicht eingefallen, Lippen leicht cyanotisch, Zunge trocken, Puls schwach und frequent, Leib nicht meteoristisch aufgetrieben, peristaltische Bewegungen und Ileocoecalgurren jedoch jetzt deutlich wahrnehmbar, Erbrechen fäculent-artig. In der linken Leistengegend, dicht oberhalb des Ligam. Poupart, dem Leistenring entsprechend, eine wurstförmige, 8 cm lange, sich wie eine mässig harten Koth enthaltende Darmschlinge anfühlende, auf Druck sehr schmerzhafte Geschwulst. Nachdem Repositionsversuch in Narcose misslungen, Herniotomie. Statt der eingeklemmten Darmschlinge fand sich ein abgrenzbarer, apfelgrosser, Licht nicht durchlassender Tumor, der sich mit breitem, sehnigen Strange in den engen Leistenring fortsetzte. Spaltung der Bruchpforte ergab, dass der Strang vom parietalen Peritoneum ausging, zwischen diesem und der inneren Platte der Fascie des Muscul. transversus abdominis sass, und dass seine Ausläufer den dünnen bruchsackartigen Ueberzug der Geschwulst bildeten. Nach Durchtrennung der dünnen Membran zeigte die Geschwulst sich von weicher Consistenz, gelblicher Farbe, aus drei Fettlagen bestehend. Abtrennung vom Stiele, Verschluss der Bruchpforte, Naht u. s. w. Verlauf sehr günstig. Erbrechen hörte auf, am vierten Tage spontan breiiger Stuhl, nach acht Tagen Entlassung. — Die

Differentialdiagnose war hier sehr schwierig gewesen. Der Fall zeigt, dass plötzliches Auftreten absolut nicht gegen Fettbruch spricht, der ja schon lange zwischen Bauchfell und Bauchfascie gesessen und durch einen rasch sich bildenden Spalt zum Vorschein gelangen kann. Einklemmung von Fettbrüchen soll weniger stürmisch und bedrohlich auftreten, als Darmeinklemmung; auch dies traf hier nicht zu, indem sofort ein recht schweres Krankheitsbild sich geltend machte. Solche Fettbrüche haben auch grosses praktisches Interesse. So wird die gewaltsame Entstehung einer Darmhernie vom Reichsversicherungsamt als erwiesen in der Regel nicht anerkannt. Fettbrüche können, wie wieder obiger Fall lehrt, plötzlich bei Personen auftreten, die vorher nie über Bruchbeschwerden geklagt haben und frei von Brüchen befunden worden sind. Eine Verstärkung der Bauchpresse beim Heben, Pressen u. s. w. kann ihren Austritt veranlassen und die Symptome „wahrer“ H. hervorrufen. Eine traumatische Entstehung darf also nicht bestritten werden, und stellt der begutachtende Arzt die Diagnose „plötzlich entstandener, gestielter Fettbruch“, so liegt ein entschädigungspflichtiger Bruchunfall vor. Jedenfalls ist es wichtig, bei plötzlich auftretenden Brüchen des Leisten- oder Schenkelkanals stets auch die Möglichkeit des Bestehens eines präperitonealen Lipoms zu berücksichtigen, wenn diese Geschwulst auch an diesen Stellen selten ist.

(Monatsschrift f. Unfallheilkunde u. Invalidenwesen 1905 Nr. 6.)

- **Zur Behandlung eingeklemmter Brüche** empfiehlt Oberstabsarzt Dr. Brix (Posen) die Application von *Aethylchlorid*, wonach die Reposition auffallend leicht von statten geht. Autor konnte dies bei einer grossen Zahl eingeklemmter H. immer wieder constatiren.

(Deutsche med. Wochenschrift 1905 No. 27.)

## **Influenza. Die chronischen Krankheiten der Athmungs-**

**organe nach der I.** sind, so hebt San.-R. Dr. Fürst (Berlin) hervor, sehr hartnäckig und schwer zu bekämpfen. Recht günstige Resultate hat Autor erzielt mit einer neu entdeckten Mineralquelle, dem *Namedy-Inselsprudel*, der auf der Rheininsel „Namedyer Werth“ bei Andernach erbohrt worden ist. Dies alkalisch-salinische Wasser hat sicher eine grosse Zukunft, wie schon aus seiner Zusammensetzung hervorgeht. So enthält z. B.:

	Doppelkohlen. Natron	Doppelkohlen. Magnesia	Chlornatrium
Fachingen	3,5780	0,5770	0,6211
Niederselters	1,2366	0,3081	2,3346
Ems	1,9886	0,2070	0,9972
Namedy	3,2024	1,6621	2,5025

Namedy nimmt also die erste Stelle unter den bekannten Quellen derselben Klasse ein. Autor liess das Wasser mit gleichen Theilen warmer Milch vermischt, in kleinen Portionen (2stündlich  $\frac{1}{2}$  Trinkglas) nehmen und leicht erwärmt inhaliren, wodurch die noch zurückgebliebenen chronischen Affectionen des Respirationstractus sehr günstig beeinflusst wurden.

(Deutsche Aerzte-Ztg. 1905 No. 14.)

- **Eine primäre, nicht gonorrhoeische Urethritis mit auffallend reichlichen Influenzabacillen** beobachtete Dr. P. Cohn (Städt. Krankenhaus Frankfurt a. M.). Der bis dahin stets gesunde Pat. bemerkte seit 2 $\frac{1}{2}$  Wochen (letzter Coitus vor etwa drei Wochen) Ausfluss aus der Harnröhre. Derselbe, schleimig-glasig, entspricht nicht dem gewöhnlichen Trippersecret, sondern erinnert mehr an zähes Sputum. Keine Gonokokken, wohl aber sehr reichlich Influenzabacillen, ausserdem Kapselbacillen. Pat. machte im Anschluss an die Urethritis noch eine Epididymitis und Cystitis durch. Das Bemerkenswertheste an dem Falle ist das Vorkommen der Influenzabacillen im Secret der Urethritis, über deren aetiologische Bedeutung aber der eine Fall kein Urtheil gestattet. Freilich ist ja der Influenzabacillus als Eitererreger auf Schleimhäuten genügend bekannt, — warum sollte er auf der Schleimhaut der Urethra nicht dasselbe bewirken können! Nun waren freilich auch Kapselbacillen vorhanden. Diese sind im Urethraltractus bereits als pathogen beschrieben, z. B. der Bacillus aerogenes als Erreger der Cystitis. Man könnte also sowohl dem einen wie dem anderen eine ursächliche Bedeutung zuschreiben. Auffallend bleibt immerhin, dass die Influenzabacillen sich besonders reichlich vorfanden, auffallend auch, dass kurze Zeit später in Frankfurt a. M. eine Influenzaepidemie ausbrach. Jedenfalls dürfte es berechtigt sein, in Fällen von infectiösen, nicht gonorrhoeischen Urethritiden unbekannter Aetiologie auch dem Influenzabacillus Beachtung zu schenken. Vielleicht gibt es in der That reine Influenzaurethritiden, vielleicht sind diese auch gar nicht selten.

(Deutsche med. Wochenschrift 1905 No. 29.)

— In einem Aufsätze: **Zur Diagnose der I. und zur Pathologie ihrer Symptome** lenkt A. Koeppen (Norden) noch einmal die Aufmerksamkeit auf das *gleichzeitige Vorkommen der Diazo- und Eiweissreaction des Influenzazaharns*, worauf er schon früher hingewiesen hat. Das gleichzeitige Vorkommen beider Reactionen kann für die Diagnose bedeutungsvoll werden, zumal wenn die Differentialdiagnose gegenüber anderen Affectionen in Frage kommt. Beide Reactionen fehlen bei Schnupfen, Bronchitis, Asthma, Neurasthenie. Die Diazoreaction fehlt bei Chloroanaemie, Arteriosklerose, Gicht, Diphtherie, Diabetes, Alkoholismus, Nephritis, während Eiweiss je nach dem Stande der Krankheit mehr oder weniger vorhanden ist. Bei Masern ist anfänglich Eiweiss- und Diazoreaction zu finden, bei Scharlach ist gleich nach dem Fieber Eiweiss vorhanden, während die Diazoreaction nach dem Exanthem zur Beobachtung kommt. Der Rheumatismus zeigt nach dem Fieber Diazo- und Eiweissreaction, im fieberlosen Stadium keines von beiden. Einer besonderen Besprechung bedürfen Typhus und Tuberculose. Bei ersterem kommen beide Reactionen vor, und man hat in zweifelhaften Fällen I. differentialdiagnostisch auszuschliessen, bevor man Typhus diagnosticirt. Bei Tuberculose zeigt das Auftreten der Diazoreaction stets eine Verschlimmerung des augenblicklichen Allgemeinzustandes an, zugleich scheint die Temperatur anzusteigen und Eiweiss im Urin aufzutreten. Die erwähnten Erscheinungen sprechen aber ebenso für eine Acutisirung der I., was von grosser Tragweite ist; ein Uebersehen dieses Factums muss zu falschen Schlüssen führen. Von ausschlaggebender Bedeutung ist das Vorkommen der Reactionen für die Frage, ob nervöse Störungen als Folge einer I. anzusehen sind oder als reine Neurasthenie. Endlich ist auch bei den schmerzhaften Empfindungen einzelner Organe und Organtheile, wie sie oft nach I. lange Zeit zurückbleiben, der Nachweis der Doppelreaction von aufklärender Bedeutung.

(Deutsche med. Wochenschrift 1905 No. 31.)

### **Intoxicationen. Ueber Purgem-Vergiftung** bei sich selbst

berichtet San.-R. Dr. B. Holz (Berlin). Er verbrauch ein kleines Schächtelchen von 9 Baby-Purgem, 6 Purgem (für Erwachsene) und 2 Purgem (für Bettlägrige) Plättchen im Verlaufe von 6 Wochen in der Weise, dass

dem Abklingen der jedesmaligen Wirkung eine neue Dosis nahm. Am 29./4. nahm er die letzte Dosis,  $\frac{1}{2}$  Tablette für Bettlägrige. Am Morgen des 30./4. erwachte er mit heftigen Schmerzen in der linken Regio hypogastrica, die auch nach stürmischer Entleerung nicht nachliessen. Die Schmerzen waren krampfartiger Natur, es entwickelte sich unter Darmverschluss starker Meteorismus, Uebelkeit, und Brechneigung. Jedesmal mit dem Auftreten des Darmkrampfes verband sich ein intensiver Schüttelfrost. Zu diesen Symptomen gesellte sich ein eigenthümliches brennendes Schmerzgefühl in der linken Nierengegend, das besonders beim Uriniren bis in das Orificium urethrae externum sich erstreckte. Urin fleischwasserfarbig, eiweiss-haltig; mikroskopisch: rothe Blutkörperchen. Nachdem der Darmverschluss am Colon descendens zwei Tage bestanden hatte, löste er sich unter heftigem Schmerze, es gingen stürmisch Gase ab. Autor sieht den ganzen Symptomencomplex als Purgenvergiftung an und mahnt dringend: Fort mit dem Purgen! Besonders bei Kindern, die ja gegen Phenol so empfindlich sind. — Autor erhielt übrigens nach Abfassung dieses Berichtes die Mittheilung, dass ein Berliner College ebenfalls durch Purgen eine schwere Darm- und Nierenaffectio davongetragen hat, die ihn schon seit acht Tagen ans Bett fesselt.

(Berliner klin. Wochenschrift 1905 No. 29.)

- Ueber eine **Vergiftung nach Gebrauch der Wismuthbrandbinden** berichtet Kreisarzt Dr. Schaeche (Château-Salins). Es handelt sich um ein 6jähriges Mädchen, das am Gesäss und an den Oberschenkeln bis zu den Kniekehlen herab schwere Brandwunden erlitten hatte. Unter feuchten Verbänden mit schwachen Lösungen von Borsäure oder essigsaurer Thonerde reinigte sich die riesige Wundfläche allmählich, und die Ueberhäutung begann, aber sie machte, wohl auch infolge sehr schlechter Pflege- und Ernährungsverhältnisse des Kindes, so langsame Fortschritte und die kleine Pat. kam durch die beständigen Schmerzen so herunter, dass sich Autor zu einem Versuch mit den Wismuthbinden entschloss, in der Hoffnung, damit die Wundheilung zu beschleunigen. Er bedeckte aber nur das Gesäss damit, während er die Oberschenkel weiter feucht verband. Einen hervor-  
tretenden Unterschied zu Gunsten der Wismuthbinden konnte er nicht bemerken, wohl aber stellte sich nach

mehrtägiger Anwendung derselben teigige Schwellung beider Füsse und trüber Harn mit starkem Eiweissgehalt ein bei spärlicher Menge, kurz eine frische Nephritis. Diese ging, als statt der Binden wieder feuchte Verbände applicirt wurden, wieder zurück, schwanden aber nicht vollkommen, und einige Wochen später ging das Kind nach im ganzen 3 monatlichem Krankenlager an Erschöpfung zu Grunde. Nephritis kommt ja auch als Folge von Verbrennungen vor. Aber hier war noch 9 Wochen nach der Verletzung nichts davon zu bemerken, sondern erst kurze Zeit nach der Wismuthanwendung, nach deren Ansetzen sofort wieder augenfällige Besserung sich zeigte. Der aetiologische Zusammenhang dürfte daher einleuchten. Dass das salpetersaure Wismuth von einer äusseren Wunde aus Vergiftung, speziell Nephritis, hervorrufen kann, ist längst bekannt. Wenn dergleichen beim Gebrauch der Wismuthbrandbinden, wie es scheint, noch nicht beobachtet worden ist, so mag dies daran liegen, dass die Binden für gewöhnlich auf die frischen Verbrennungen gelegt werden, wo eine der Aufsaugung fähige Wundfläche noch nicht besteht. Hat sich aber erst eine solche gebildet, so wird es auch hier event. zur Vergiftung kommen. Jedenfalls muss man die bedingungslose Unschädlichkeit der Binden, wie in der beigegebenen Gebrauchsanweisung betont wird, in berechtigten Zweifel ziehen, und ihre dort ebenfalls empfohlene Verwendung bei Unterschenkelgeschwüren dürfte unter Umständen bedenklich sein. Vielmehr sollte man die Binden bei granulirenden Flächen, zumal grösserer Ausdehnung, meiden, jedenfalls aber den Harn genau controliren. Bei frischen Verbrennungen sind die Binden durchaus am Platze, aber vor unterschiedsloser Anwendung ist zu warnen.

(Therap. Monatshefte Juli 1905.)

- Eine Intoxication durch Dr. med. Wagners Antipositin, für welches Mittel „gegen Corpulenz“ jetzt in der Tagespresse so grosse Reclame gemacht wird, sah Dr. S. Wahle (Kissingen). Es handelt sich um eine ziemlich schwere *Cystitis urica*, die Autor auf den Gebrauch jenes grösstenteils aus Fruchtsäure bestehenden Gemisches zurückführt. Eine Frau nahm von Mitte April an zwei Dosen Antipositin in der vorgeschriebenen Weise. Im Laufe des Monats Mai, als sie noch regelmässig die Entfettungspulver einnahm, verspürte sie Schmerzen im Unterleib und Kreuzgegend. Ende Mai, als die Beschwerden stärker wurden, als Dysurie und trüber Harn sich be-

merkbar machten, kam sie, und Autor fand eine ausgesprochene Cystitis: in dem milchig getrübten, alkalisch reagirenden Urin eine Menge Epithelien und Eiterkörperchen in unzählbaren Massen. Mit Aussetzen des Antipositin, dessen Säuren wohl im Stande sein können, die Blasenschleimhaut, event. auch die Nieren, zu reizen, wurden die Erscheinungen bald besser, aber völlige Heilung ist bisher (1. Juli) nicht eingetreten.

(Münchener med. Wochenschrift 1905 No. 31.)

### **Meningitis. Zur Kenntniss der *M. cerebrospinalis epidemica***

berichtet Dr. F. Göppert (Kattowitz) über 44 Fälle seiner Praxis, und zwar hauptsächlich von dem Standpunkte des frühen Erkennens der Krankheit aus. Nur 20 Fälle boten bei der Untersuchung Nackensteifigkeit, von den 23 im 1. Lebensjahre stehenden gar nur 8, von den 35 unter 3 Jahr alten 14 dies Symptom. Bei zwölf Kindern unter 3 Jahren, darunter 7 unter 1 Jahr, stand die Nackensteifigkeit im Vordergrund der Erscheinung, sodass ausser Fieber und beschleunigtem Pulse nichts anderes zu finden war. Das Bewusstsein ist durchaus lebhaft, Nahrungsaufnahme, namentlich im späteren Verlaufe, in  $\frac{2}{3}$  der Fälle glänzend. Zur Nackensteifigkeit gesellt sich mehr oder weniger Steifigkeit der Wirbelsäule; letztere kann aber auch ohne erstere vorhanden sein. Auch bei Kindern über 3 Jahren (5) war Nackensteifigkeit das einzige greifbare Symptom. Bei den Fällen *ohne Nackensteifigkeit* glaubt Autor zu diagnostischen Zwecken 3 wichtige Typen unterscheiden zu dürfen. Im 1. Typus beherrscht die Auftreibung des Kopfes das Krankheitsbild, es gehören hierzu 9 Kinder zwischen 6 und 11 Monaten. Der Druck, unter dem die Schädelknochen stehen, kann so enorm sein, dass alle tastbaren Nähte auseinandergetrieben werden, und dass man hinter dem Mastoid eine Fontanelle fühlt. Die Krankheit kann in dieser Form dauernd bis zum Tode verharren, nur ein einziger Fall zeigte später den gewöhnlichen Verlauf. Dem hohen Druck der Fontanelle entsprach in 5 punctirten Fällen nur 4 mal der Druck der Spinalflüssigkeit; der Verlauf ist bei dieser Gruppe sicher ein absolut böser. Nach dem Tode kann die vorgewölbte Fontanelle tief einsinken. Der 2. Typus umfasst solche, bei denen auch die Fontanellenspannung im Stich lässt. Die hochfiebernden Kinder zeigen bei schnellem Puls und be-



schleuniger Athmung kein einziges Symptom ausser Schmerzhaftigkeit bei passiven Bewegungen, namentlich Aufsetzen, ohne dass eine Steifigkeit zu constatiren wäre. Als 3. Typus ist die Form mit wachsgelber Blässe und hohem Fieber zu bezeichnen, die den eitrigen Blasenkatarrhen des Säuglingsalters zum Verwechseln ähnlich sieht. Wenn man bedenkt, dass diese Blasenkatarrhe oft von Erbrechen begleitet sind, dass sie die schwersten Entstellungen im Gesichtsausdruck und im Wesen des Kindes hervorrufen können, so muss derjenige Arzt, der auf diese leider viel zu wenig bekannte Krankheit noch nicht aufmerksam gemacht worden ist, im ersten Zweifel verharren. Im Beginne der Genickstarre ist übrigens das Symptom der gelblichen Blässe bei hohem Fieber nicht ganz selten. — Bei seinem Material ist ferner Autor auf einige anscheinend charakteristische Verlaufsarten aufmerksam geworden. So wurde bei drei innerhalb von  $1\frac{1}{2}$ —8 Tagen tödtlich verlaufenen Fällen beobachtet, dass der schweren Attaque ein wenige Stunden anhaltendes Unwohlsein mit Fieber und Kopfschmerz voranging. Die Kinder waren nachher 10—24 Stunden lang vollständig gesund. Sehr auffällig sind Fälle, die gleichzeitig mit Erkrankung der Athmungsorgane einhergehen. Ein Fall begann mit einem Croupenfall, ein anderer mit keuchhustenähnlichem Husten, während zugleich das veränderte Wesen einsetzte. Bronchitis schien bisweilen mit der M. in innigstem Zusammenhange zu stehen. Was das Gesamtverhalten und einzelne Organerkrankungen betrifft, erwähnt Autor noch folgende Momente: In denjenigen Fällen, bei denen die Diagnose auf Schwierigkeiten stösst, zeigte sich als das zuverlässigste Symptom die übergrosse Empfindlichkeit bei passiven Bewegungen sowohl der Extremitäten, wie auch des Rumpfes; es fehlte nur fünfmal bei stark benommenen Kindern. Das Kernig'sche Symptom half nirgends, wo nicht andere deutliche Symptome vorhanden waren. Die Spinalpunction half nur einmal die Diagnose stellen, war dagegen natürlich oft von grosser Wichtigkeit beim Ausschluss anderer Formen von M.; in einem Falle hätte in der kristallklaren Flüssigkeit ohne die bakteriologische Untersuchung kein Mensch Meningokokken vermuthen können. In einem Falle, der durch Section als M. bestätigt wurde, war die Spinalpunction dreimal negativ. Das Auseinanderweichen vorher geschlossener Nähte bestätigte hier allein die Diagnose in vivo. Nur siebenmal wurde Verlangsamung des sonst

Amel. mit eitrigen Abscessen im Auge und viermal Unge-  
nügen hatten, der eitrigen Abscess reifenden. Zwei-  
mahl die Augen mit dem Ausströmen vom Iridocyen  
mit betestigt, einmal erfolgte eine Iritis mit Hypopy-  
len, die nach eitriger Entzündung, anzustrechen und tuberculi-  
fischgeschloßen, von dem Kind in tuberculösen Knoche-  
naffectionen mit einer Leberstörung nicht bestand. V  
Hauterkrankungen wurden dreimal Herpes, zwei-  
malige und zweimal eitrige Hautblutungen bemer-  
kt, ein Malen. Zweimal wurden Lahmungen des Ar-  
mes Kindern unter einem Jahr beobachtet. Vom 44 Fäl-  
len 11 an Mares der Brust, zum Theil während  
einzeln ständes der Kränken. Auch die Nahrung  
aufnahme war oft als ungenügend, besonders bei Br-  
stern eine mangelhafte.

*Abdruck aus V. Zeitschrift 1905 No. 21 und 22*

**Das Diphtherieserum in der Therapie und Bekämpfung**  
**von Meningitis cerebrospinalis epidemica** berichtet Dr. D. Hirsch  
 in der Zeitschrift für Kinderheilkunde. In seinen Fällen von Meningitis  
 cerebrospinalis epidemica, die er mit dem Diphtherieserum the-  
 rapieirt hat, hat er in der That ein wesentliches Nutzen  
 erzielt. Er ist davon überzeugt, dass das Diphtherieserum  
 auch bei Meningitis cerebrospinalis epidemica fröhe  
 und mildernde Wirkung ausübt, die Temperatur beeinflusst, und  
 die sonstigen Erscheinungen der Krankheit einen Vers  
 chlag zu einer günstigen Heilung waren, wie bereits

Zeitschrift für Ethnologie 1905, No. 3.

Die Indication und Dosierung des Morphins theilt Dr. Somt. Folgendes mit: „Das M. und sonstigen Hirn-  
krankheiten ist zu entnehmen, dass die  
Reaction auf die Morphin-  
gaben geringe Gaben  
Kopfschmerz zeitweise  
im Gegentheil  
unsere Waffen hä-  
ufig die Unverträglich-  
keit als geringe Dosen  
zu betrachten, was bei der besteh-  
enden Schwäche, zu Apathie  
leicht zu erklären  
also bei solchen im  
gewissen Abstumpf-

der Hirnfunctionen einhergehen, in erster Linie bei M., die gehirnlähmende Wirkung des Morphiums grösser ist als bei Menschen mit gesundem Cerebrum, nirgends verzeichnet gefunden. Es passirte ihm kürzlich, dass ein seit wenigen Tagen bettlägeriger Erwachsener mit ausgesprochenen Meningitis-Symptomen, wovon in erster Linie der bohrende Kopfschmerz ihn nicht zur Ruhe kommen liess — Pat. war noch stets bei klarem Bewusstsein — nach abendlicher einmaliger subcutaner Injection von 0,015 Morph. hydr. bis zu seinem mehrere Tage nachher erfolgten Tode nicht mehr zur Besinnung kam, sehr zum Leidwesen seiner Angehörigen, weil er die Sterbesakramente nicht mehr empfangen und verschiedene häusliche Angelegenheiten nicht mehr ordnen konnte. Autor zieht aus seinen Erfahrungen den praktischen Schluss, bei Gehirnkranke, zumal bei jugendlichen und an Alkohol nicht gewöhnten meningitischen, mit der Darreichung von Morphinum und ähnlichen Betäubungspräparaten zurückhaltend zu sein.

(Wochenschrift für Therapie u. Hygiene des Auges, 27. Juli 1905.)

### **ephritis. Urotropin bei Scharlach zur Verhütung von N.**

ist von manchen Seiten warm empfohlen worden. Daraufhin wurde diese prophylaktische Maassnahme auch in der Univers.-Kinderklinik der Charité in Berlin, wie Dr. O. Garlipp mittheilt, in 82 Fällen durchgeführt. Urotropin wurde dreimal je vier Tage lang mit bestimmten Unterbrechungen in Dosen von 0,25 g gereicht, und zwar am 1., 2., 3., 4., am 9., 10., 11., 12., am 17., 18., 19., 20. Tage (der Einlieferungstag ins Krankenhaus als ersten Tag gerechnet). Von den 82 Fällen bekamen 21 (25,6%) N., und von diesen 21 Pat. starben zwei an Sepsis, drei wurden nach einer Behandlung von 32, 37, 38 Tagen ungeheilt entlassen, einer wurde auf eine andere Abtheilung verlegt, 15 sind geheilt. Vor der Behandlung mit Urotropin betrug der Procentsatz an Nephritiserkrankungen bei Scharlach 19,6%. Es liegt dem Autor fern, für die Erhöhung der Procentzahl das Urotropin verantwortlich zu machen, aber dass man nicht allzugrosse Hoffnungen auf die prophylaktische Wirkung des Urotropin bei Scharlach setzen darf, geht wohl aus den angegebenen Zahlen hervor. Auch bei der Behandlung der N. selbst wurde von Urotropin ein wesentlicher Nutzen nicht gesehen.

(Medicin. Klinik 1905 No. 32.)

- Zur Prophylaxe der *N. scarlatinosa* empfiehlt Geh. San.-Rath Dr. Ziegler, Oberarzt am Kgl. Grossen Militär-Waisenhaus in Potsdam, dringend die *absolute Milchdiät*. Während früher sich 50% der Scarlartinafälle mit *N. complicirten* und von diesen 12% letal endeten, hat Autor in den 21 Jahren, in denen er die Milchdiät durchführte (231 Fälle), *nie N. eintreten gesehen*, während in dieser Zeit bei den 10 Pat., bei denen Milchdiät nicht zur Anwendung gelangte, neunmal *N.* eintrat. Die Pat. erhielten drei und in sehr schweren Fällen vier Wochen lang nur Milch und weisses Gebäck, Zwieback und Semmel. Von einer Undurchführbarkeit dieses Regime kann nicht die Rede sein, alle Pat. gewöhnten sich rasch daran. Auch eine Unterernährung oder anderer Schaden trat nie zu Tage, im Gegentheil befanden sich die Pat., auch Erwachsene, sehr wohl bei dieser Diät und wurden dabei ausreichend ernährt.

(Centralblatt f. Kinderheilk. 1905 No. 5.)

### **Rhinitis. Phenolum natriosulfuricinicum bei Rh. atrophica**

**cum ozaena** empfiehlt aufs wärmste Doc. Dr. E. Baumgarten (Budapest). Bei den hartnäckigen, mit Ozaena einhergehenden atrophischen Formen hat sich das Mittel glänzend bewährt. Jährlich hat Autor einige Kinder mit beginnender Ozaena behandelt; wenn diese sich einer regelmässigen Behandlung — gründliches Verreiben einer 30%igen Lösung — unterwerfen, bleibt der Process stehen und bessert sich so sehr, dass selbst die Ausspritzungen nicht nöthig werden. Aber auch in den schlechtesten Fällen von genuiner Ozaena ist die Besserung eine auffallende. Bei der einfachen atrophischen Rh. ist der Effect noch eclatanter; längere regelrechte Behandlung führte so weit, dass einzelne Pat. auch über ein Jahr ohne Behandlung bleiben konnten. Zur Nasenspülung verwendet jetzt Autor gern das Odol (4—5 Tropfen in einem Glas Wasser); das Mittel ist billig, wirksam und hat keine üblen Folgen auf das Geruchsorgan.

(Wiener klin.-therap. Wochenschrft 1905 No. 33.)

- Im „Sprechsaal“ finden wir folgende Notiz: Gegen schwere **Ozaena** empfehlen wir die Anwendung des *Petroleums*. Nach vorgängiger reichlicher Spülung mit physiologischer steriler Kochsalzlösung cocainisiren Sie die Nase ausgiebig und reiben die Nasenhöhle mit Wattetampons *energisch* aus, welche in folgende Lösung getaucht sind:

Rp. Petrol. puriss. 40,0  
 Strychn. nitr. 0,07  
 Essent. Eucalypt. 0,5

Die Behandlung muss einige Wochen durch täglich stattfinden. Die Cocainisation wird bald nicht mehr erforderlich, der Geruch verschwindet völlig, die Mikroorganismen gehen zu Grunde, das Strychnin veranlasst eine Hyperaemie, sodass der Atrophie der Schleimhaut eine Grenze gesetzt wird und dieselbe nur noch eingefettet zu werden braucht.

(Medizinische Klinik 1905 No. 37.)

### **Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett.** In

einer Arbeit **Albuminurie in der Schwangerschaft und künstliche Frühgeburt** fasst Prof. J. Veit (Halle) seinen Standpunkt, wie folgt, zusammen: Nicht die Albuminurie oder die Schwangerschaftsnierne veranlasst mich zum Einschreiten gegen die Schwangerschaft, sondern erst die ersten Anzeichen dafür, dass der Uebergang in die Nephritis erfolgt; als wichtigstes Zeichen hierfür sehe ich Ascites, deutliche Hypertrophie des linken Ventrikels und vor allem die Veränderungen der Retina an. Hierin erblicke ich eine Indication zur künstlichen Unterbrechung der Schwangerschaft ohne Rücksicht auf die Ausbildung oder die Lebensfähigkeit des Kindes.

Ebenso ist nicht der Eintritt einer Schwangerschaft bei einer an Nephritis leidenden Frau für mich die Anzeige zur Unterbrechung, sondern das erste Zeichen einer Störung des Gleichgewichts im Befinden der Frau, wie es sich im Laufe der Nephritis hergestellt hatte: hier sind besonders werthvoll Dyspnoe und Unregelmässigkeit des Pulses. Sobald diese Störungen sich geltend machen, rathe ich auch hier zur sofortigen Unterbrechung der Schwangerschaft“.

(Berliner klin. Wochenschrift 1905 No. 27.)

### **— Einen Fall von verzögerter Geburt des zweiten Zwillings** schildert Dr. E. Erb (Wehrheim i. T.) wie folgt:

„Am 27. Juni d. J. wurde ich um 1 Uhr morgens nach dem benachbarten Dorfe O. zu einer Wöchnerin gerufen: Die Amme habe wegen Querlage des zweiten Zwillings den Arzt verlangt. Es handelte sich um die 34 Jahre alte Ehefrau P. S., die sieben normale Geburten durchgemacht hatte. Die Wehen hatten vor 16 Stunden eingesetzt, um Mitternacht war das Fruchtwasser abgeflossen und danach sofort die Geburt eines Kindes weib-

lichen Geschlechts in Steisslage erfolgt. Die Amme hatte nun das Vorhandensein eines zweiten Kindes in der Gebärmutter festgestellt, das sich durch die äussere Untersuchung als lebend und in Querlage (Kopf links, Rücken oben) eingestellt documentirte. Es gelang bei der Weite der Gebärmutter leicht, die Querlage durch äussere Handgriffe in eine Längslage zu verwandeln und den Kopf durch Lagerung der Wöchnerin auf die linke Seite zu fixiren. Die innere Untersuchung ergab: Muttermund vollkommen erweitert, Fruchtblase vorhanden, Kopf hoch oben im Becken beweglich, kleine Fontanelle links vorn. Das Befinden der Wöchnerin war gut, der Puls kräftig, keine Blutung. Wehen kamen in Intervallen von zehn Minuten und wurden immer schwächer. Ich beschloss abzuwarten, zumal mir ja wegen der Wehenschwäche die Hände gebunden waren. In den nun folgenden Stunden verloren sich die Wehen völlig. Um 7 Uhr morgens gab ich der Frau eine Spritze Morphinum, in der Hoffnung, dass nach einem erquickenden Schlaf die Wehenthätigkeit mit verstärkter Kraft einsetzen würde. Während der nun folgenden Ruhepause von ca. 24 Stunden hielt ich die Wöchnerin, die sich übrigens subjectiv wohl befand und reichlich Nahrung zu sich nahm, unter ständiger Controlle. Ich hätte vollkommen ruhig der Entwicklung der Dinge entgegensehen können, wenn mich nicht das ständige Steigen der stündlich gemessenen Temperatur mit Argwohn erfüllt hätte. Endlich nach 30stündiger Wehenpause — die Temperatur hatte 38,5° erreicht — setzten plötzlich Wehen von ausgezeichneter Intensität ein, so dass innerhalb einer halben Stunde die Blase sprang, worauf dann sofort — 36 Stunden nach der Geburt des ersten Kindes — die Ausstossung des zweiten, eines Knaben, erfolgte. Die Gebärmutter contrahirte sich gut, und bald wurden unter heftigen Nachwehen beide Placenten mit Eihäuten ausgestossen. Als Eigenthümlichkeit führe ich an, dass die Nabelschnur des zweiten Kindes ausserordentlich stark entwickelt war (die Amme verglich sie treffend mit einem Schiffstau), wie auch das zweite Kind stärker entwickelt war als das erste.

Der Verlauf des Wochenbettes war gut, die Temperatur fiel wieder zur Norm ab. — Der alte Satz: *La plus grande vertue de l'accoucheur c'est la patience* hat wieder einmal seine Richtigkeit bewiesen. Nach Beendigung der Geburt war ich überzeugt, dass „Abwarten“ die einzig richtige Therapie gewesen. Jedoch: Ich athmete auch auf, als



alles glücklich vorüber war, denn in der Zwischenzeit des Wartens waren allerhand Zweifel über mich gekommen, hervorgerufen durch das verdächtige Steigen der Temperatur. Mir stand die Gefahr des Kindbettfiebers vor Augen, und ich wehrte mich gegen die Verantwortung. Ich glaubte die Pflicht zur operativen Entbindung zu haben und sah mich damit nur eine grössere Gefahr eintauschen: Mit der Entleerung des Uterus die Atonie und die profuse Blutung. — Ich hoffe, vorstehende Betrachtungen werden das Interesse meiner Collegen haben, und schliesse mit dem Rath, in gleichem Falle die erste Nabelschnur in der Vulva zu unterbinden, damit sie nicht durch ihr stundenlanges Liegen auf der Unterlage der Ausgangspunct für eine Infection werde.“

(Zeitschrift f. ärztl. Fortbildung 1905 No. 15.)

- **Zur Behandlung fiebernder Wöchnerinnen** giebt Dr. R. Hirsch (Berlin) beherzigenswerthe Rathschläge. Die fiebernde Wöchnerin ist wie ein verunglückter Mensch, dem sofort Hülfe noththut. Jede Stunde Versäumniss im Kampfe mit den Fiebererregern und ihren Stoffwechselproducten verschlechtert die Aussichten auf Rettung. Allerdings handelt es sich ja bei fiebernden Wöchnerinnen nicht immer um Fieber, das mit dem vorangegangenen Geburtsact in Zusammenhang steht. Schon Ueberfüllung des Darmes mit Kothmassen kann mässige Temperatursteigerungen machen; der Leib kann dabei aufgetrieben und druckempfindlich sein, Uebelkeit und Singultus sich hinzugesellen, kurz das Bild einer Peritonitis sich entwickeln. Gelingt es, das angefüllte Coecum oder vom hinteren Scheidengewölbe aus eine gefüllte Darmschlinge durchzufühlen, so wird die Diagnose nicht schwierig, ebenso die Beseitigung des Zustandes. Häufig aber ist die Entscheidung schwer. Die Anamnese ist nur zu verwerthen, wenn sie langdauernde Stuhlverhaltung ergiebt. Die Angabe aber, dass kurz zuvor eine Entleerung stattgefunden habe, beweist nichts gegen das Vorhandensein alter Kothmassen im Darm. Darum thut man gut, in zweifelhaften Fällen zunächst eine puerperale Infection anzunehmen und gegen diese sofort anzukämpfen, zumal diese Maassnahmen (s. unten) geeignet sind, die Fäkalmassen sofort zu beseitigen und die Aufklärung des Zustandes herbeizuführen. Vorübergehende Fieberbewegung kann ferner durch starke Blutverluste während der Geburt bedingt sein, es kann sich endlich um eine Infectionskrankheit (Scharlach, Typhus, Pneumonie, Influenza etc.) handeln.

Da es bei der ersten Untersuchung einer fiebernden Wöchnerin ohne objectiven Befund an den Organen selten möglich ist, die Differentialdiagnose zwischen Typhus, Influenza u. s. w. einerseits und Puerperalfieber andererseits zu stellen, so thut man gut, zunächst letzteres anzunehmen und danach zu handeln. In der überwiegenden Mehrzahl der Fälle steht ja auch der fieberhafte Zustand in aetiologischer Beziehung zu Geburt und Wochenbett. Die Temperatursteigerung ist das sichere Signal, dass Streptokokken, Staphylokokken oder Saprophyten und ihre Stoffwechselproducte in den Körper eingedrungen sind. Die erste Hülfeleistung besteht deshalb darin, den Körper zu entgiften. Je schneller damit begonnen wird, um so aussichtsvoller der Erfolg. Die erste Sorge wird sein, den Ort der Invasion der Mikroorganismen zu finden, um durch seine Reinigung die noch ausserhalb der Blut- und Lymphbahn befindlichen Bakterien zu vernichten. Leider ist das nur in einer beschränkten Anzahl von Fällen möglich. Wenn Puerperalgeschwüre an der Vulva oder in der Scheide vorhanden sind, müssen ihre gelbgrünen Belege entfernt und die Geschwürsfläche mit Chlorzink oder Jodtinctur geätzt werden. Darauf folgt Abspülung der Vulva und Ausspülung der Scheide mit antiseptischen Lösungen. Ist die Uterusinnenfläche der Ort der Invasion, wie es meist zu sein pflegt, so darf eine locale Therapie nur dann platzgreifen, wenn es sich um die Fäulniss zurückgehaltener Placentar- oder Deciduareste handelt. Die einfache Ausspülung der Uterushöhle genügt hier nicht. Daher soll man keine Zeit verlieren, sondern sofort zur Austastung der Gebärmutterhöhle und zur operativen Entfernung der Reste mittels Hand oder Curette schreiten. Und das, bevor die Fäulniskeime über die Innenfläche des Uterus hinaus auf Parametrien oder Eileiter fortgeschritten sind. Sobald dies der Fall ist, ist jeder locale Eingriff verboten. Zweites Erforderniss ist die Befreiung des Körpers von den bereits eingedrungenen Mikroorganismen und ihren Umsatzstoffen. Bei der reinen Streptokokkeninfection, der Endometritis puerperalis, giebt es meist keine Blutung und kein fötides Secret. Die intensive Schmerzhaftigkeit des Uterus beherrscht das Krankheitsbild. Hier haben weder Spülung, noch intrauterine Eingriffe einen Erfolg, da die Kokken bereits im Gewebe sitzen. Ebensowenig ist die allgemeine Sepsis und Pyaemie einer localen Behandlung zugänglich, es muss die allgemeine Behandlung in Kraft treten, deren Hauptziel die Entgiftung des Körpers



zu bilden hat. Das wird erreicht durch systematische Durchspülung des Körpers vermittle Flüssigkeitzufuhr und -Ausscheidung. Erstere in Form der Enteroklyse oder subcutanen Infusion, letztere durch Anregung der Diaphorese, Diurese und Defäkation. Die Methode, die Autor in den letzten Jahren mit Erfolg angewandt hat, ist an jedem Krankenbett durchführbar. Sie tritt in Kraft sogleich nach Entledigung der localen Eingriffe, soweit solche geboten sind, oder bei schon bestehender Allgemeininfektion als erste therapeutische Maassnahme. Zunächst Entleerung des Darmes durch Klystier. Bei Wöchnerinnen ist der Darm gewöhnlich in atonischem Zustande. Ein kühler Einlauf (18° R.) von geringer Wassermenge ( $\frac{1}{2}$  Ltr.) regt Peristaltik an. Nachdem der Darm entleert ist, erfolgt ein hoher Einguss von  $1\frac{1}{2}$  Ltr. physiolog. Kochsalzlösung, den die Wöchnerinnen leicht zurückzuhalten vermögen. Nunmehr kommt die Pat. in die feuchte Packung. Ein 2 m breites und 3 m langes Laken, in kaltes Wasser getaucht und gut ausgewunden, wird faltenlos auf eine wollene Decke gebreitet, die es allseitig überragt. Die Wöchnerin wird von zwei Personen vorsichtig daraufgelegt und so darin eingewickelt, dass an Hals und Beinen ein dichter Abschluss besteht und zwischen die Berührungsflächen von Arm- und Körperseite und die Innenfläche beider Beine Falten des Lakens eingeschoben werden, sodass die Extremitäten rings umwickelt sind. Die Woldecke wird fest herumgewickelt. Es erfolgt eine mächtige Reaction. Zunächst eine kurz dauernde Contraction der Hautgefässe. Nach dem Kopf findet eine starke Fluction statt, der man durch kalte Theilabwaschung des Oberkörpers, kalte Umschläge auf den Kopf etc. vorzubeugen hat. Die Contraction der Hautgefässe in der feuchten Packung ist aber nur von kurzer Dauer. Schon nach 10 Minuten lässt sie nach, und jetzt erfolgt eine mächtige Fluction des Blutstromes in die peripheren Gefässe. In dem weiten Strombett der Hautgefässe pulsirt lebhaft Circulation, immer neue Mengen fieberheissen Blutes werden aus der Tiefe an die Oberfläche herangespült, es findet Abkühlung und Ausgleichung der Temperatur statt. Lässt man bei Beginn der Packung  $\frac{1}{4}$  Ltr. heissen Fliederthee trinken, so kommt es schon nach  $\frac{1}{2}$  Stunde zu lebhaftem Schweissausbruch. Diese für die fiebernde Wöchnerin wesentlichste Wirkung der Packung wird eine Stunde unterhalten und durch Zufuhr von Getränken unterstützt. Hinterher erfolgt eine kühle Abreibung des ganzen Körpers, und dann

zum Ersatz für das transpirirte Quantum Flüssigkeit, wird, sobald die Pat. gebettet ist, von neuem, wie im Anfang, eine grössere Flüssigkeit zugeführt, entweder durch Enteroklyse ( $1\frac{1}{2}$  Ltr.) oder subcutane Infusion von  $\frac{3}{4}$  Ltr. körperwarmer physiologischer Kochsalzlösung. In den Fällen, wo der Arzt die Wöchnerin von einem Schüttelfrost gepackt, mit fliegendem Athem, kleinem, nicht zählbarem Puls und contrahirten Hautgefässen vorfindet, darf die feuchte Packung nicht gemacht werden. Im Frost ist die erste Wirkung der feuchten Packung gleichsam von der Natur vorweg genommen. Die Kunsthülfe muss darauf bedacht sein, den Gefässkrampf zu lösen, die Herzfrequenz herabzusetzen, die Wärmerentention zu beseitigen. Das kann nur durch Einwirkung höherer Wärmegrade geschehen, z. B. im Gartner'schen Dampfbett, welches sich in jedem Haushalte herstellen lässt. Ein Holzgestell, von einer dicht schliessenden Decke bedeckt, wird über die Pat. gestellt. In diesen Raum wird durch Röhren der Dampf aus einem unter dem Bett befindlichen Kochapparat geleitet. Noch besser wirkt die heisse Luft, die höhere Hitzegrade erträglich macht, und deren diaphoretische Wirkung bedeutender ist. Unter die auf einen Holzrahmen gelegte Bettdecke wird ein eisernes Winkelrohr geleitet, unter dessen verticalem Schenkel am Fussboden eine brennende Spirituslampe steht. In der Dampf- wie in der Heissluftpackung findet alsbald eine Lösung des Muskelkrampfes der Hautgefässe, ein Temperatúrausgleich an der Körperoberfläche, Verdunstung und Schweissabsonderung statt. Aber auch den anderen Secretionsorganen, Nieren, Darm und Lungen muss in der Behandlung des Wochenbettfiebers grosse Aufmerksamkeit zugewendet werden. Werden die genannten Organe schon durch die feuchte Einpackung und die erwähnten Arten der Flüssigkeitszufuhr in vermehrte Action gesetzt, so muss doch gleich im Anfang für jedes von ihnen eine vermehrte Fürsorge walten. Die Harnsecretion muss in die Höhe getrieben werden durch diuretische Thees, Digitalis und Diuretin, der Darm muss durch Abführmittel (am besten Mittelsalze) gereinigt werden. Aber nicht genug. In rechtzeitiger Erwägung, dass der Ausgangsort der puerperalen Infection zumeist die Innenfläche des Uterus ist, wird man durch locale Kälteapplication auf den Leib eine Contraction der Gefässe daselbst, Verlangsamung des Stoffwechsels, Verminderung der Blutfülle zu erzielen suchen. So wird es vielleicht gelingen, die Mikroorganismen am weiteren Eindringen in Blut- und

Lymphbahn zu verhindern, ihren Stoffumsatz zu vermindern und die Bildung eines Granulationswalles zu befördern. Ebenso wird man bei Parametritis oder Pyosalpinx verfahren. Besser als die Eisblase wirken Kühlschläuche. Nun zur Diaet. Bisweilen nimmt der Magen gar nichts an. Dann bleibt nur rectale Ernährung durch Milchklystiere unter Zusatz von Gelbei und Kochsalz oder durch Pancreas-Fleischklystiere übrig. Man kann Wöchnerinnen viele Tage lang neben geringer Flüssigkeitsaufnahme per os durch Nährklystiere erhalten. Bei toleranterem Magen sei man darauf bedacht, in kleinen Mengen grosse Nährwerthe einzuführen; man gebe kräftig eingekochte Bouillon mit Zusatz von Beaftea, Gelatine, Somatose und dgl. Dies die ersten Hülfeleistungen bei einer fiebernden Wöchnerin, deren rechtzeitige Anwendung selbst in verzweifelte Fällen oft lebensrettend wirkt.

(Medizinische Klinik 1906 No. 38.)

**Syphilis.** Ueber Erkrankung des Nebenhodens im Frühstadium der S. lässt sich Dr. J. Ullmann (Palermo) aus und beschreibt drei Fälle, wo im Secundärstadium der S. eine Epidymiditis auftrat, welche auf spezifische Therapie (Hg-Injectionen) sehr rasch verschwand.

(Monatshefte für prakt. Dermatologie 1905, Bd. 41 No. 1.)

— Einen Beitrag zur Diagnostik der Tuberculose und Lues des Kehlkopfes liefert Dr. R. Landesberg (Heilanstalt Alland). 25jährige Frau, aus ganz gesunder Familie stammend, in der speciell nie Lungenerkrankungen vorkamen, war selbst stets sehr kräftig, litt nie an Katarrhen und hat bis vor drei Jahren keinerlei Krankheiten durchgemacht. Vor drei Jahren von ihrem Manne inficirt, curirte sie sich das Genitalgeschwür selbst. Im Spätsommer 1904 wurde sie heiser, litt aber nicht an Husten oder Nachtschweissen, hatte keine Haemoptoe. Als die Heiserkeit zunahm, begab sie sich in specialistische Behandlung. Es wurde Tuberculose angenommen und Orthoform eingeblasen. Pat. bekam eines Tages solche Erstickungsnoth, dass die Tracheotomie gemacht wurde. Dann traten heftige Schmerzen und Schluckbeschwerden auf, sodass fast nichts genossen werden konnte. Am 1.V.1905 sah Autor die Kranke, die sehr heruntergekommen war. Lungen, Herz, Bauchorgane normal. Cubitaldrüsen, sowie Drüsen in den Supraclaviculargruben und Achselhöhlen vergrössert. Gaumenbögen etwas geröthet. Uvula

fehlt vollständig; an ihrer Ansatzstelle linsengrosse, eingesunkene Narbe (Pat. erinnert sich nicht an eine Erkrankung an dieser Stelle). Rachenschleimhaut gleichmässig injicirt. Kehldeckel geröthet, etwas geschwollen, ebenso die Valliculae, das Ligam. glossoepiglotticum und die Sinus pyriformes. Taschenbänder geröthet und geschwollen, lassen in den Athmungsphasen nur den freien Rand der Stimmbänder sichtbar. An beiden Taschenbändern je  $1\frac{1}{2}$  hellergrosse, seichte Ulceration; in deren Umgebung Knötchen nicht sichtbar. Ein drittes Ulcus an der dem rechten Aryknorpel zugewandten Seite des linken Aryknorpels. Dies Geschwür kraterförmig, tief, speckig belegt, scharf begrenzt, reicht 3 mm weit auf die linke Hälfte der Regio interarytenoidea über; Umgebung auch dieses Ulcus frei von Knötchen. Stimmbänder verdickt, oedematös, schliessen sich bei Intonation. Nach diesem Befund und der Anamnese diagnosticirte Autor S.. bepinselte zwei Tage den Kehlkopf mit Perhydrol Merck und begann am 3. V. eine energische Injectionscur mit 2%iger Lösung von Hg. succinamidat. intramusculär. Schon nach drei Injectionen reinigten sich die Geschwüre, die Schluckbeschwerden nahmen ab, Pat. konnte schon wieder festere Speisen geniessen. Nach der fünften Injection Schmerzen und Schluckbeschwerden ganz weg, Pat. konnte alles essen, Ulcerationen seichter und reiner. Nach der achten Injection Geschwür am linken Aryknorpel nicht mehr sichtbar, Beschwerden verschwunden, Gewichtszunahme 4 Pfd. Am 21. V. (nach der zehnten Injection) kein Geschwür mehr zu sehen. Dann noch eine Injection von  $2\frac{1}{2}$  ccm der Hg.-Lösung. Am 28. V. wurde die Kanüle durch eine Halbkantüle ersetzt, auch diese am 30. V. fortgelassen, am 1. VI. Pat. geheilt entlassen. Jene verfehlte Diagnose brachte der Pat. eine  $4\frac{1}{2}$  monatliche Krankheitsdauer, Erstickungsgefahr, Tracheotomie, eine Perichondritis mit Nahrungsabstinenz und Kachexie, während Hg. in 15 Tagen wesentliche Besserung, in vier Wochen Heilung herbeiführte. Dies zeigt die Wichtigkeit der richtigen Diagnose, die freilich manchmal recht schwierig sein kann. Gegen Tuberculose sprachen hier die Anamnese, der normale Lungenbefund, das Fehlen der Knötchen in der Umgebung der Geschwüre, das lochförmige Aussehen des Ulcus am linken Aryknorpel, die rasche Ausbreitung des Processes; das normale Aussehen der Stimmbänder und der übrigen Parthie des Regio interarytenoidea, das Fehlen der Blässe am harten Gaumen, der Uvuladefect;

alles sprach mehr für S. und die Richtigkeit dieser Diagnose wurde sehr bald bestätigt durch die prompte Wirkung der spezifischen Behandlung. Man sollte da, wo die Diagnose zwischen S. und Tuberculose schwankt, lieber gleich einige Hg.-Injectionen vornehmen, die ja keinen Schaden stiften, wohl aber den Pat. vor schweren Complicationen bewahren können. — Schliesslich betont Autor noch, dass 30%iges Wasserstoffsuperoxyd (Perhydrol Merck) auf die Kehlkopfgeschwüre unverdünnt aufgespritzt, schmerzstillend und reinigend wirkt.

(Wiener klin. Rundschau 1905 No. 28.)

- In einem Sammelreferat von Dr. J. Lewandowski (Bern) über **die Spirochaete pallida** (Schaudinn) heisst es: „Bei den vielen Misserfolgen und Enttäuschungen, die bis in die neueste Zeit hinein die bakteriologische Syphilisforschung erlebt hatte, war es begreiflich, dass schliesslich jede neuverkündete Entdeckung auf diesem Gebiete mit wachsender Sceptis aufgenommen wurde. Trotzdem konnte die Objectivität und Zurückhaltung, mit der Schaudinn und Hoffmann im April d. J. einen vorläufigen Bericht über das Vorkommen von Spirochaeten in syphilitischen Krankheitsproducten veröffentlichten, ihren Eindruck nicht verfehlen. Schaudinn fand zuerst in dem frischen ungefärbten Secret syphilitischer Efflorescenzen äusserst zarte, schwach lichtbrechende, stark bewegliche, korkzieherförmige Gebilde, die nur als Spirochaeten gedeutet werden konnten. Die Spirochaeten sind Protozoen und als solche nicht mit den zur Klasse der Bakterien gehörigen Spirillen zu verwechseln, von denen sie durch mannigfache Unterschiede getrennt sind. Die Färbung der Spirochaeten in den syphilitischen Krankheitsproducten gelang nach einiger Mühe mittels der modificirten Giemsa'schen Azur-Eosinfärbung, doch nahmen sie bei dieser wie bei allen anderen Färbungen nur sehr langsam und schlecht den Farbstoff an. Dieses Verhalten, sowie die Feinheit, Regelmässigkeit und grössere Zahl der Windungen unterscheidet die „Spirochaete pallida (Schaudinn)“ von den Spirochaetenformen, die schon früher von Berdal und Bataille bei Balanitis erosiva circinnosa, von Rona und Czillag bei den verschiedensten Erkrankungen der äusseren Genitalien und auch im Smegma Gesunder nachgewiesen waren. Schaudinn und Hoffmann selbst fanden diese letztere Spirochaetenart, die sie wegen ihres starken Lichtbrechungsvermögens „Spirochaete refringens“ nennen,

bei spitzen Condylomen und neben der *Spirochaete pallida* in dem Oberflächensecret nässender syphilitischer Genitalaffectionen. In der Tiefe luetischer Papeln und Primäraffecte, sowie in den theils durch Punction, theils nach Exstirpation gewonnenem Saft e syphilitisch erkrankter Leistendrüsen wiesen sie dagegen nur die blasse *Spirochaete* nach, und zwar in allen untersuchten Fällen und seither auch bei secundären Efflorescenzen, die fern von der Genitalregion entstanden waren. Die gleichen Mikroorganismen wurden in einem Fall einen Tag vor dem Auftreten der ersten Roseola im Milzblute nachgewiesen. Trotz aller dieser Thatsachen vermeiden es Schaudinn und Hoffmann, sich über die aetiologische Bedeutung ihrer *Spirochaeten* auszusprechen. Dass diese wirklich eine Beziehung zur Syphilis haben, wurde noch wahrscheinlicher, als Metschnikoff mittheilte, dass er sie auch bei Affen gefunden habe, die experimentell mit Lues inficirt worden waren, und Schaudinn's und Hoffmann's Befunde am Menschen bestätigte. Da er ebenso wie die Berliner Autoren die *Spirochaeten* bei keiner nicht syphilitischen Affection gefunden hat, neigt er zu der Ansicht, dass sie thatsächlich als die Erreger der Syphilis und diese als eine „chronische Spirillose“ anzusehen sei. Es folgte nun der Nachweis der *Spirochaeten* in den Organen hereditärsyphilitischer Kinder. Levaditi fand sie im Blaseninhalt des Pemphigus syphiliticus, ein anderes Mal auch in der Milz, den Lungen und besonders reichlich in der Leber. In Pemphigusblasen wurden sie ferner gesehen von Salmon und von Hoffmann und Schaudinn, während Buschke und Fischer sie in Milz und Leber und noch vor dem Tod im Blut eines hereditär-luetischen Kindes beobachteten. Von allen Seiten wurden dann die Befunde von Schaudinn und Hoffmann bestätigt, so in Hamburg von Paschen, in Berlin von Wechselmann, Pielicke, Loewenthal, Reckzeh, in Wien von R. Kraus, Paltauf, Volk, Lipschütz, Oppenheim, in Paris von Vuillemin, Levaditi, Nobécourt, Dorré. C. Fränkel in Halle fand *Spirochaeten* bei sechs untersuchten Syphilisfällen, bei einer noch grösseren Zahl Herxheimer und Hübner in Frankfurt, denen es auch gelang, zwei *Spirochaeten* im Schnittpräparat eines Primäraffectes sichtbar zu machen. Uebereinstimmend wird von allen die Schwierigkeit der Untersuchung infolge der schlechten Färbbarkeit der Objecte betont. Diese Thatsache, die auch wir leider bestätigen müssen, wie auch die selbst bei secundärer Lues oft anscheinend grosse Spärlichkeit

der Spirochaeten (wir haben sie in einem Falle von disseminirten papulösem Exanthem in relativ grosser Reichlichkeit und ausserordentlich zahlreich in einzelnen Papeln eines hereditär-luetischen Kindes, vereinzelt auch in dessen strömendem Blute gesehen) wird vorerst ihre diagnostische Verwerthbarkeit sehr erschweren: Das nächste Erforderniss wäre gewiss eine Färbemethode, die in möglichst kurzer Zeit die Mikroorganismen deutlich hervortreten lassen würde. Ob die von Reitmann vorgeschlagene Methode das leistet, steht noch dahin. Ferner fehlt bisher der Nachweis von Spirochaeten in den tertiären Producten der Lues. Der absolut vollgültige Beweis ihrer specifischen Natur würde natürlich erst durch Impfungen mit Reinculturen zu erbringen sein. Aber in Anbetracht ihrer Protozoennatur ist die Hoffnung hierauf einstweilen gering, da es bisher noch nicht gelungen ist, andere schon lange bekannte Spirochaeten zu cultiviren. Jedenfalls geben auch schon die bisherigen Befunde uns das Recht, die Schaudinn'sche Entdeckung als eine sehr aussichtsreiche zu bezeichnen.“

(Centralblatt f. Chirurgie 1905 No. 31.)

- **Gynochrysa Hydrargyri** nennt Dr. J. F. v. Crippa (Bad Hall) ein von ihm zusammen mit Apotheker Dr. Tscherne (Linz) zusammengestelltes Präparat, dessen Grundlage aus Ol. jecor. aselli, Ol. Gynocardiae und Glycerinseifenlösung besteht, der metallisches Hg zu 33 $\frac{1}{3}$ % zugesetzt ist. Das Präparat wurde zur Schmiercur benützt auf der Finger'schen Klinik und anderen Spitälern und hat sich als sehr wirksam erwiesen. Vor allem sprang der Vortheil in die Augen, dass das Präparat überaus rasch resorbirt wurde.

(Wiener klin. Wochenschrift 1905 No. 31.)

**Tuberculose.** Ueber tuberculöse Ohrerkrankungen im **Säuglingsalter** lässt sich Privatdoc. Dr. H. Haike (Berlin) aus. Derselbe beobachtete im städt. Kinderasyl fünf Fälle tuberculöser Ohrerkrankungen, deren erste Erscheinungen von der fünften Lebenswoche bis zum siebenten Lebensmonat auftraten, und die alle in wenigen Wochen oder Monaten, spätestens vor Ablauf des dritten Lebensquartals ihr Ende fanden. Vier der Kinder stammten von phthisischen Müttern, bei dem fünften war das nicht zu eruiren. Der Infectionsweg war meist deutlich ge-

zeichnet, schon makroskopisch nachweisbar bei dem einen Kinde, wo am harten und weichen Gaumen die tuberculöse Aussaat sichtbar war, während bei den anderen Fällen die tuberculöse Erkrankung der Tubenschleimhaut vom Rachen bis in die Pauke hinein zu verfolgen war. Es ist klar, dass hier eine directe Uebertragung durch die phthisischen Mütter stattgefunden hat. Die Gelegenheiten dazu sind ja zahllos. Das Auswischen des Mundes, das Benetzen des Lutschers mit Speichel, das Vorkosten der Milch, das Küssen u. s. w. In zwei Fällen könnte es ja fraglich sein, ob nicht etwa das Sputum der erkrankten Lungen beim Erbrechen nach Art der Infection, wie sie bei Erwachsenen nicht selten ist, auf dem Wege durch die Tube die Ohrerkrankungen herbeigeführt habe. In den übrigen Fällen aber darf man aus den ausgedehnten Zerstörungen des Gehörorgans und der fehlenden oder nur in einer Erkrankung der Bronchialdrüsen ihren Ausdruck findenden Lungenerkrankung schliessen, dass die T. des Ohres der primäre Process war; und das weitere Fortschreiten zu den Drüsen der Bronchien und — in einem Falle — den Drüsen fast aller übrigen Körperregionen hat man sich wohl so vorzustellen, dass entweder von den Drüsen des Warzenfortsatzes, die in allen Fällen verkäst gefunden worden sind, das Virus den Weg durch die Lymphbahnen am Halse entlang zu den Bronchialdrüsen und weiter genommen hat, oder dass es von derselben Stelle der Einimpfung im Munde und Rachen, wie nach dem Ohr, so auch in andere Körperregionen den Weg gefunden hat. Die Eintrittspforte des tuberculösen Giftes lag also im Munde und Rachen, obwohl nur in dem einen Falle dies sich durch einen tuberculösen „Primäraffect“ sofort offenbarte. Das ist aber gerade charakteristisch für die Säuglingstuberculose, dass die örtliche Erkrankung der Eintrittsstelle im Säuglingsalter meist fehlt oder zurücktritt hinter der der Lymphwege und der Drüsen in der Gegend der Eintrittspforte. Auch beim Erwachsenen stellt übrigens die Tube einen nicht allzu seltenen Infectionsweg für das Ohr dar, aber in ganz anderem Sinne, als beim Säugling; dort ist sie nur Durchgangsweg für das ausgehustete Sputum, fast nie aber Sitz der Erkrankung. Beim Erwachsenen wird überhaupt fast nie eine primäre Erkrankung des Gehörorgans getroffen, sondern die T. etablirt sich hier in der Regel erst in späteren Stadien der Lungenphthise. Auch der ganze Verlauf zeigt bemerkenswerthe Unterschiede.



Während bei Erwachsenen selbst ein rapides Fortschreiten der Erkrankung auf den Knochen wenigstens Monate, meist aber sehr viel längere Zeit in Anspruch nimmt, gehen die Zerstörungen am Schläfebein des Säuglings mit unheimlicher Geschwindigkeit vor sich. Bei einem fünf Wochen alten Kinde trat schon wenige Tage nach dem Erscheinen der Eiterung eine Facialisparesie auf, und bei dem nach drei Wochen erfolgten Tode erschienen nicht nur die Gehörknöchelchen fast vollständig zerstört, sondern auch die Eiterung auf das Labyrinth fortschreitend. Bei dem im Alter von sieben Wochen nachweisbar erkrankten Kinde sah Autor nach 14 Tagen complete Facialislähmung und bei dem sechs Wochen nach Beginn der Erkrankung erfolgten Tode bereits Tuberkel in der Schnecke. Eine wirksame Therapie kann da selbst im ersten Beginn der Erkrankung kaum mehr eingeleitet werden. Alles Heil liegt in der Prophylaxe. Die tuberculöse Umgebung des Säuglings ist auf die Gefahren hinzuweisen und zu belehren, der gefährdete Säugling, wenn irgend möglich, aus seiner Umgebung zu entfernen.

(Deutsche med. Wochenschrift 1905 No. 24.)

— **Ueber Lungentuberculose und Schwangerschaft, nach Beobachtungen im Hochgebirge**, lautet eine Arbeit von Dr. O. Burekhardt (Arosa). Autor zieht aus seinen Beobachtungen folgende Schlüsse:

1. Die Schwangerschaft übt nicht eo ipso eine ungünstige Einwirkung aus auf den Verlauf der Lungenphthise. Die Behandlung der letzteren im Hochgebirge giebt auch in diesen Fällen gute Erfolge.
2. Fälle von progredienter Phthise können im Verlauf der Gravidität stationär werden; sie sind im allgemeinen prognostisch günstig.
3. Der Abort wirkt nicht „heilend“ auf die Lungenphthise; er kann direct deletär sein.
4. Der künstliche Abort ist daher auf ein möglichst geringes Maass einzuschränken, und zwar auf: a) Phthisen schwersten Grades; b) Fälle, complicirt mit Hyperemesis gravidarum.
5. Bei der Geburt ist starke physische Anstrengung und Blutverlust möglichst einzuschränken (eventuell künstliche Entbindung; Sorge für gute Involution des Uterus; Chloroform unbedenklich). Das Stillen muss untersagt werden.
6. Die Cur im Hochgebirge soll nach dem Partus vier bis sechs Monate fortgesetzt werden, auch in leichten und günstigen Fällen, um Spätstörungen vorzubeugen.

(Bödeni.)

— **Ist die Kehlkopftuberculose als eine Indication zur künstlichen Unterbrechung der Schwangerschaft anzusehen?**  
Als Facit seiner Erfahrungen stellt A. Kuttner folgende Thesen auf:

1. Die diffuse Larynxtuberculose während der Schwangerschaft giebt eine höchst ungünstige Prognose.
2. Die Sterblichkeit der Kinder, deren Mütter während der Schwangerschaft an Larynxtuberculose gelitten haben, ist eine ungemein grosse.
3. Mit Rücksicht auf Punct 1 und 2 ist die Kehlkopftuberculose im Princip als eine berechnete Indication zur künstlichen Unterbrechung der Schwangerschaft anzusehen.
4. Die künstliche Unterbrechung der Schwangerschaft bei Kehlkopftuberculose ist nur dann zulässig, wenn sie nach Lage der Dinge die einzige Möglichkeit und dabei auch eine gewisse Wahrscheinlichkeit für die Rettung der Mutter bietet.
5. Nach den bisherigen Erfahrungen sind die Aussichten bei der Abtreibung der Frucht in den letzten Schwangerschaftsmonaten wenig günstig. In diesem Stadium dürfte die Tracheotomie, solange es sich nicht um hoffnungslose Fälle handelt, vielleicht noch einige Chancen bieten.

(1. Sitzung der deutschen laryngol. Gesellschaft z. Heidelberg, 18. Juni 1905. — Berliner klin. Wochenschrift 1905 No. 29/30.)

— **Zur Therapie der Darmtuberculose** empfiehlt San. R. Dr. L. Fürst (Berlin) das *Ichthalbin*, mit dem er recht zufriedenstellende Resultate erzielt hat. Er behandelte damit drei Kinder mit primärer Darmtuberculose und zwei Erwachsene mit secundärer Darmtuberculose, indem er ersteren dreimal täglich 0,5 g in Cacao, letzteren dreimal täglich 1 g oder eine Messerspitze voll in Oblaten vor dem Essen gab. Die Wirkung war eine so gute, dass er Ichthalbin als ein zweckmässiges Mittel zur Behandlung der Darmtuberculose warm empfehlen kann.

(Wiener med. Presse 1905 No. 33.)

— **Ein Fall von T. des Rectums** wird von Dr. R. Freund (Danzig) beschrieben. Es handelt sich um eine 33jährige Frau, die hartnäckige und starke Blutungen aus dem Darm hatte; es entleerten sich immer erst Blutcoagula resp. frisches Blut, und dann erst Stuhl, ein Beweis, dass die Blutungen aus dem Dickdarm stammten. Der Fall zeigt, dass auch starke Blutungen bei tuberculösen Ge-

schwüren im unteren Rectum vorkommen. Sonst verlief das Leiden fast ohne jede Beschwerde. Tumorbildung war nicht nachzuweisen, auch fehlten Stenoseerscheinungen. Lungenbefund sehr gering.

(Allgem. med. Centr.-Ztg. 1905 No. 34.)

- **Heilung eines Falles von Augentuberculose durch Marmoreks Serum** erreichte Dr. Schwartz (Gleiwitz). Der 16 Jahre alte Pat. war 4 Wochen vorher durch einen Wurf mit loser Schlackenerde am rechten Auge verletzt worden. Es scheint sich nun um eine Inoculation von Tuberkelbacillen ins verletzte Auge gehandelt zu haben; Der „brustkranke“ Vater reinigte dem Jungen nämlich sechs Tage nach dem Trauma das Auge mit seinem Taschentuch. Tuberculose des Auges lag erwiesenermaassen vor. Durch 37 Einspritzungen mit zusammen 289 cem des Antituberculoseserums wurde Heilung erzielt. — Schon früher hatte Autor einen ähnlichen Erfolg bei einer Kehlkopf- und Lungentuberculose, wo nach 42 Einspritzungen (283 cem Serum) Genesung eintrat.

(Deutsche med. Wochenschrift 1905 No. 34.)

### **Typhus. Zur Wasserbehandlung des Typhus abdominalis**

empfeht Prof. G. Krönig (Berlin, Städt. Krankenhaus Friedrichshain) *Bettbäder*, durch die zum ersten Male eine Badeform geboten wird, welche in enger Anlehnung an die pathologisch-anatomischen Verhältnisse des Typhusdarmes zugleich mit der vollen Ausnützung des antipyretischen Effects das Princip der Schonung proclamirt. Autor hat mit diesem Verfahren, die Pat. im Bette selbst zu baden, sehr gute Erfolge erzielt. Die Gummunterlage wurde dermaassen verlängert und verbreitert, dass durch Aufhebung und Befestigung der Vorder- und Seitentheile des Gummilakens an die entsprechenden Theile der Bettpfosten mehr oder weniger hohe Wände aufgerichtet wurden und so eine Art von Gummiwanne hergestellt werden konnte. Das Gummilaken wird nun zugleich mit einem darunter befindlichen Leintuch zusammengefaltet und dem in seiner horizontalen Bettlage verbleibenden Pat. durch je einmaliges äusserst behutsames Umdrehen des letzteren auf die rechte und auf die linke Seite mit Leichtigkeit untergeschoben. In wenigen Minuten sind Seiten- und Vorderwände formirt und die Gummibadewanne ist hergestellt. Ein auf einem fahrbaren Stativ

befindliches Bassin, das etwa 25—30 L. Wasser enthält, wird an das Bett herangerollt, und die mit dem Bassin durch Gummischlauch versehene Brause spendet das Wasser. Das Bassin wird in bequemer Höhenlage gefüllt und alsdann durch einen Fusshebel leicht in die Höhe gehoben. An dem Bassin befindet sich ein mit breiter Scala versehenes Thermometer. Das Bettbad selbst wird in der Form eines abgeschreckten Brausebades verabreicht. Die Anfangstemperatur des Badewassers beträgt in der Regel 27—28° R und wird allmählich durch Zugiessen von kaltem Wasser ins Bassin und gleichzeitiges Umrühren des Bassinwassers derart herabgesetzt, dass nach etwa 10—15 Minuten die Temperatur auf 22—16—14°, je nach Maassgabe der für nothwendig erachteten Abkühlung, gesunken ist. Diese sehr allmählich vor sich gehende Abkühlung ist dem Pat. sehr angenehm und führt zu keinem Gefühl des Unbehagens. Die Entfernung des Badewassers geschieht derart, dass die an der vorderen Bettwand befestigten Lakenzipfel gelöst werden, die Bettstelle selbst von hinten in die Höhe gehoben und das Wasser somit in ein untergestelltes Blechgefäss abgeführt wird. Alsdann wird das Bett wieder auf den Boden gestellt, der Pat. wieder einmal auf die rechte und einmal auf die linke Seite gelegt und das Gummilaken vorsichtig unter ihm vorgezogen, so zwar, dass durch Aufrollen der Enden eine Befeuchtung des Bettes möglichst vermieden wird. Das zugleich mit dem Gummilaken schon bei Beginn der Badeapplication dem Pat. mit untergeschobene Leinentuch verbleibt im Bett, Pat. wird sofort in dasselbe eingehüllt und die Bettdecke ihm wieder übergelegt. Erst nach vollkommener Trocknung der Körperoberfläche wird auch das Leinenlaken entfernt und dem Pat. das Hemd übergezogen. So kann man Typhuskranken einer Bäderbehandlung unterwerfen, die eine solche bisher entbehren mussten, weil der Transport in die Wanne ihnen gefährlich geworden wäre. Auch in der Privatpraxis kann man sehr gut von den Bettbädern Gebrauch machen. Da die Bettbadewanne hier nur für kürzere Zeit gebraucht wird, hat Autor sie aus einem billigeren Stoffe anfertigen lassen (M. 20), während die für Krankenhäuser bestimmten, um Jahre lang auszuhalten, aus festerem Stoffe gemacht werden (M. 50). Das Bassin (M. 100) kann hier durch Giesskannen ersetzt werden. Mit den Bettbadewannen kann man auch prolongirte Bäder ausführen (z. B. bei Typhus-Reconvalescenten). Die Seiten-

theile des Gummilakens werden dann von vornherein nach der Mitte zu gezogen, auf etwa 10 cm Breite einander genähert und die entsprechenden an den Seitentheilen angebrachten Bandzipfel mit einander verknüpft; alsdann wird das Wasser eingegossen, und zwar je nachdem in einer Menge von 100—120 L., d. h. bis eben der ganze Körper voll bedeckt ist. Die Bänder werden jetzt einander soweit genähert, dass sich die Randtheile der Seitenwände berühren; nachdem dann die Bänder festgeknüpft sind, wird die Bettdecke über das Gummibad hinübergelegt und die Pat. bleiben  $\frac{1}{2}$ —1 Stunde und länger im Bade. — Die Bettbäder haben sich übrigens auch bei hoch fieberhaften Pneumonien und schweren Formen puerperaler Septico-Pyämie bestens bewährt. Die Wannen dürften auch im Reconvalescenzstadium des Gelenkrheumatismus gute Verwendung finden. Angefertigt werden die Utensilien vom Medicin. Waarenhause in Berlin.

(Medicin. Klinik 1905 No. 36.)

— **Der Eberth'sche Bacillus im Urin von Typhuskranken.**

In einer Arbeit über dieses Thema gelangen Ch. Lesier und Mahaut (Lyon) zu folgenden Schlüssen:

1. Der Bacillus Eberth kann im Urin von Typhuskranken vorkommen, sowohl während der Fieberperiode, als auch zur Zeit der Reconvalescenz.

2. Mittels einer besonderen Technik (Centrifugirung) grosser Quantitäten von Urin, Cultur bei 44° auf Cambier) haben wir ihn in 38,5% aller Fälle im Laufe von 21 Untersuchungen gefunden.

3. Es schien uns kein Zusammenhang zu bestehen zwischen der Gegenwart oder Abwesenheit des Bacillus im Urin und der Albuminurie, dem reichlichen Auftreten rother Flecke usw.

4. Die typhöse Bacteriurie wird erklärt durch die übrigens gleichzeitige Anwesenheit des Bacillus im Blute der allgemeinen Circulation und durch die Leichtigkeit, mit der der Bacillus in der Blase vegetirt, wie unsere Experimente gezeigt haben.

5. Die Eberthurie kann schon mit dem neunten Tage erscheinen. Sie kann mindestens 15 Tage nach der definitiven Apyrexie bestehen; die Reconvalescenten können also gefährlich werden.

6. Um das Verschwinden der Bacillen aus der Blase zu beschleunigen, kann man nicht auf innere Mittel rechnen, besonders nicht auf Urotropin. Nur Blasenausspülungen

mit Kal. permang. schienen einen wirksamen Einfluss in dieser Richtung auszuüben.

7. Die Nothwendigkeit der Desinfection des Urin von Typhuskranken und des Badewassers derselben bringt auch die Nothwendigkeit mit sich, dieselben zu isoliren, so lange ihr Urin bacillenhaltig ist.

8. Die Leichtigkeit, mit der bacillenhaltiger Urin die Quellen verunreinigen kann, muss eine Ueberwachung derselben illusorisch machen und die Nothwendigkeit auferlegen, die Versorgung der Städte mit künstlich filtrirtem Trinkwasser durchzuführen.

(Medicin. Klinik 1905 No. 37.)

---

## Vermischtes.

---

**Zur Heilung der Naevi vasculosi und der Trichophytie** macht Dr. Drenw (Hamburg) Bemerkungen: In drei Fällen von *Naevus vasculosus* hat Autor seit etwa einem Jahre die von ihm angegebene Methode zur Heilung des Lupus\*), bestehend in vorheriger gründlicher Vereisung und nachfolgender Application von Acidum hydrochloricum crud. mit gutem Erfolge angewandt. Es handelte sich um drei erbsen- bis zehnpfennigstückgrosse Naevi, von denen zwei im Gesicht und der dritte auf dem Unterarm ihren Sitz hatten. Die Behandlung bestand in einmaliger gründlicher Vereisung und allerdings energischer Aetzung bis zum Rande hin, so lange, bis eine energische Blutung eingetreten war. Es bildete sich nach einigen Tagen die auch bei der Behandlung des Lupus eintretende Borke die dann nach 14 Tagen bis drei Wochen abfiel. An Stelle des Naevus tritt zunächst eine intensiv geröthete Stelle, die jedoch nach Verlauf von vier bis sechs Monaten eine schöne weisse Farbe annimmt. Die nun event. noch vorhandenen oder sich neubildenden strichförmigen Gefässerweiterungen der Umgebung behandelte Autor mit dem Unna'schen Mikrobrenner. Bei grösseren Naevi hat er die Methode noch nicht angewandt, jedoch glaubt er, dass durch successive Behandlung man auch hier Erfolge erzielen wird.

---

\*) Siehe Excerpta XIII, S. 61.



Zur Behandlung der *Trichophytia corporis et barbae*, ebenso wie bei chronischen localisirten, inveterirten, nicht nässenden *Ekzemen* bewährte sich vorzüglich der Beiersdorf'sche Pflastermull, der die wirksamen Bestandtheile von des Autors Psoriasisalbe:

Rp.: Acid. salic. 10,0

Ol. rusc. Chrysarob. aa 20,0

Sapon. virid. Vaseline. aa 25,0

enthält. Man lässt den Pflastermull sechs bis acht Tage liegen, da er in dieser Zeit kaum eine Reizung trotz seines hohen Chrysarobin-, Salicyl- und Theergehaltes macht. Selbst in der Nähe des Auges kann man den Pflastermull meist ohne Bedenken, namentlich wenn man ihn mit Leukoplast überschichtet, sechs bis acht Tage liegen lassen. In zwei Fällen von Trichophytie am Unterarm konnte Autor bereits nach acht Tagen ein Schwinden derselben constatiren, während bei einer Trichophytie an der inneren Seite des Oberschenkels noch eine zweite Application des Pflastermulls sich nothwendig erwies. Zwei Trichophytien des Bartes wurden ebenfalls theilweise durch die schon erwähnte Salbe, theilweise durch den Pflastermull geheilt. Zum Schutze überschichte man im Gesicht am besten den Pflastermull mit Leukoplast. Gereinigt wird die Haut nachher mit Benzin.

(Monatshefte f. prakt. Dermatologie 1905, Bd. 40 No. 10.)

- **Abreibungen des Körpers mit 1<sup>0</sup>/<sub>10</sub>igem Carbolwasser bei Scharlach und Masern** nimmt College Ditzel (Hanau), wie er uns brieflich mittheilt, seit 12 Jahren vor. Die Kinder fühlen sich sehr wohl dabei, die Ansteckungsgefahr ist vermindert. Die Anfeuchtung des ganzen Körpers (ausser Gesicht) erfolgt 3—4 mal täglich einige Tage, dann noch einige Zeit 1—2 mal am Tage.
- **Ein neuer Sperrhaken** ist von Dr. H. Fuoss (Giengen a. Br.) construirt worden. Von der Erfahrung ausgehend, dass die üblichen Sperrhaken viel Mängel haben, setzte sich Autor folgende Aufgabe: Das Instrument muss für alle Fälle zu gebrauchen sein, muss also eine Grösse und Form haben, die den Händen, Instrumenten, Tupfern etc. freien Spielraum gestattet. Es muss stark gebaut sein, damit auch harte und feste Gewebstheile auseinandergedrängt werden können, es muss leicht zu bedienen sein, dass der Operateur nur eine Hand dazu bedarf. Die Haken müssen beweglich sein, sodass sie sich der Gewebsrichtung anzupassen vermögen. Als Grundform nahm

Autor zwei an ihren Scheitelpunkten sich treffende stumpfe Winkel, deren eines divergirende Schenkelpaar Griffe für Finger, deren anderes Paar die beweglichen Haken je am Ende trägt; werden die unteren Schenkel einander genähert, so treten die oberen auseinander, und umgekehrt. Das verbindende Gelenk ist im Schneidepunkte der Scheitel. Der Hakentheil ist etwas länger als der Grifftheil: 12 : 9 cm, um die der Operation dienende Fläche zu vergrößern, zu welchem Zwecke auch ihre nach aussen gebuchtete Form beiträgt, ein Operationsfeld, das für die meisten Fälle genügt. Liegen die Griffenden aneinander, so beträgt die freie Fläche 12 cm. Sämmtliche Stahltheile sind stark, die Haken in ihren Schrauben frei beweglich und fünf resp. sechs Zähne enthaltend. Die Fixirung geschieht durch einen Schieber, der leicht mit einem Finger zu dirigiren ist und sich selbst einstellt. Das Instrument („stummer Assistent“) wird hergestellt von J. Hankh in Stuttgart.

(Münchener med. Wochenschrift 1905 No. 22.)

- **Ein Fall von Glykosurie nach medicamentöser Quecksilberverabreichung** wird von Dr. Ch. J. Fauconnet (Dermatolog. Klinik Bern) mitgetheilt. Es handelte sich nicht etwa um eine Quecksilberintoxication, sondern um das Auftreten einer Glykosurie nach den üblichen therapeutischen Quecksilberdosen. Der 20jährige Pat. stammte aus gesunder Familie, in der Diabetes bisher unbekannt war. Wegen Lues bekam er Injectionen von 5%iger Lösung von nucleinsaurem Quecksilber à 1 ccm jeden zweiten Tag. 24 Stunden nach der achten Injection reducirte der Urin zum ersten Male alkalische Kupfersulfatlösung. Nylander'sche und Phenylhydrazinproben gleichfalls positiv. Innerhalb der nächsten 24 Stunden schied Pat. 2150 ccm Urin aus, dessen Zuckergehalt polarimetrisch bestimmt 0,8% betrug (= 17,2 g Zucker pro die). Kein Durstgefühl und überhaupt keine Aenderungen im subjectiven Befinden. Kein Eiweiss im Urin. Am folgenden Tage noch 0,2% Dextrose im Harn nachweisbar. Tags darauf polarimetrisch Zucker nicht mehr nachweisbar. Nachdem der Urin zwei Tage zuckerfrei gewesen, abermals Injection der früheren Menge des Hg. Am nächsten Tage Trommer'sche Probe wieder positiv. Wiederum nach zwei Tagen Zucker nicht mehr nachweisbar, und wieder wurde die gleiche Quecksilberinjection vorgenommen; 24 Stunden später enthielt der Urin wieder 0,8% Zucker. Um zu constatiren, ob die Eigenart der



Quecksilberverbindung von Einfluss sei, bekam Pat. Injectionen von Sublimat; aber auch nach diesem Glykosurie. Neigte Pat. vielleicht so sehr zur Zuckerausscheidung? Um dies zu prüfen, wurden Versuche auf alimentäre Glykosurie angestellt; sie fielen negativ aus. Pat. hatte also keine Herabsetzung der Toleranz für Kohlehydrate, solange er nicht unter Quecksilberwirkung stand, die Glykosurie war eine Quecksilberwirkung. Weitere Intoleranzerscheinungen gegen Hg machten sich nicht geltend. Wenn auch solche Fälle recht selten sein mögen, machen sie es doch zur Pflicht, während Quecksilbercuren den Harn systematisch auch auf Zucker zu untersuchen.

(Münchener med. Wochenschrift 1905 No. 20.)

**Ueber Radioactivirung und ein neues Radiumpräparat (Radiophor)** berichtet Dr. Axmann (Erfurt). Radium ist bekanntlich colossal theuer, wenn man es überhaupt erhält. Autor sann darauf, eine Masse zu finden, welche Radioactivität von ausreichender Stärke dauernd behielt, dabei den praktischen Anforderungen allgemeiner Verwendung genügt und wohlfeil genug wäre, um Gemeingut zu werden. Mit Hilfe der Firma Beyersdorf & Co. in Hamburg gelang es endlich, ein solches Präparat herzustellen. Radiophor ist ungemein widerstandsfähig und haltbar; man kann die Masse an jede Stelle des menschlichen Körpers bringen und sie wirken lassen. Die Anwendungsdauer richtet sich, wie bei dem reinen Radiumsalz, nach der Art des erkrankten Gewebes. Man wird zunächst an *einer* erkrankten Stelle unter sorgfältiger Beobachtung die Reaction prüfen, ehe man weiter geht. Zu diesem Zwecke ist für Hautbehandlung der Flächenradiophor in der Grösse von 1 qcm hergestellt. Derselbe wird event. bis zur Heilung auf die erkrankte Parthie gelegt und mit einer Binde oder Leukoplast befestigt. Ueberwachung ist natürlich nöthig, auch will die Technik, wie bei allen Methoden, erlernt sein.

(Deutsche med. Wochenschrift 1905 No. 30.)

## Bücherschau.

- Von Leyden-Klemperer's **Deutscher Klinik am Eingange des 20. Jahrhunderts** (Verlag von Urban & Schwarzenberg, Wien und Berlin) liegen jetzt die Lieferungen 143 bis 154 vor. Von den darin enthaltenen Arbeiten erwähnen wir: „Durchfall, Darmkatarrh und Darmtuberculose“ von W. Fleiner, „Ueber localisirte Krämpfe“ von E. Remak, „Tabes dorsalis“ von W. Erb, „Ueber Blasensteine und deren Behandlung“ von A. v. Frisch, „Ueber die Prognose der Herzkrankheiten“ von E. v. Leyden, „Die Hernien“ von L. Rehn, „Ueber Akne“ von G. Riehl, „Ueber Haarcuren“ von O. Lassar, „Die traumatischen Neurosen“ von P. Schuster, „Ueber Blasengeschwülste“ von C. Posner, „Ehe und Syphilis“ von A. Buschke, „Die specielle Behandlung der Syphilis“ von F. Pinkus, „Die ekzematösen Erkrankungen“ von V. Klingmüller. — Von Landois im gleichen Verlage erschienen **Lehrbuch der Physiologie** liegt die zweite Hälfte und damit der Schluss vor (Preis 9 Mk.). Die 11. Auflage des Werkes ist von einem Schüler Landois, Prof. Dr. R. Rosemann bearbeitet worden. Es wird sicher in dieser Bearbeitung überall ebenso freudige Aufnahme finden, wie die früheren Auflagen.
- Als Band V. von Lehmann's **Medicin. Atlanten** ist der *Atlas typischer Röntgenbilder von normalen Menschen* von R. Grashey erschienen (Verlag von J. F. Lehmann, München, Preis 16 Mk.) enthaltend 97 Tafelbilder in Originalgrösse, 42 Conturzeichnungen und 14 schematische Figuren. Aus dem Vorwort seien folgende Stellen hervorgehoben: „Fehldiagnosen, zum Theil folgenschwerer Art, haben die Röntgenologen veranlasst, sich immer eingehender mit dem Studium normaler Röntgenbilder zu befassen und sich so eine *exacte* Grundlage für die Röntgenuntersuchung kranker Körpertheile zu schaffen. Wer sich viel mit Röntgenologie be-

schäftigt, muss sich eine Normalsammlung von Bildern zweifellos gesunder Objecte anlegen, muss die Schattenbilder dieser Normalbilder möglichst genau studiren und anatomisch deuten und wird dann in pathologisch zweifelhaften Fällen mit Erfolg solche, technisch möglichst vollendete Musteraufnahmen zu Rathe ziehen und als Vorbild nehmen. Je mehr Normalbilder wir von jeder einzelnen Region besitzen, desto breiter ist die Basis unseres Urtheils.“ „Der Atlas bietet eine Auswahl von typischen Normalbildern, welche Verf. für die Münchener chirurg. Klinik mit möglichst guten Hilfsmitteln herstellte. Sie wurden mit Rücksicht auf die praktischen Bedürfnisse ausgewählt. Da diese vor allem zum Vergleich bei Aufnahmen pathologischer Objecte dienen sollen, wurde die Pathologie im Text öfter gestreift, es wurden die an einem grossen pathologischen Material gesammelten Erfahrungen indirect verwendet, d. h. es wurde der sogen. „negative Röntgenbefund“ bei pathologischem Object, also das bedingt normale Röntgenbild mit in den Kreis der Betrachtung gezogen.“ — Dass die Reproduction der Abbildungen eine höchst sorgfältige und vorzügliche ist, braucht bei den Lehmann'schen Atlanten kaum mehr hervorgehoben werden. So kann die Anschaffung dieses Atlas angelegentlichst empfohlen werden.

**Die Vergiftungen** ist ein in Naumann's „Medicinischer Bibliothek für Aerzte“ (Verlag von C. G. Naumann, Leipzig) erschienenenes, von O. v. Boltenstern verfasstes Buch betitelt (Preis 2,50 Mk.). Als Publicationsjahr findet man darauf 1902 angegeben; warum es jetzt erst der Presse übersandt wird, ist zu verwundern. Der Autor bringt keine neuen Gesichtspunkte, auch scheinen seine Auslassungen nicht auf eigenen Untersuchungen und Beobachtungen zu fussen. Aber er hat es gut verstanden, mit kurzen Worten uns das Wissenswerthe aus dem Gebiete der Intoxicationen zu schildern, sodass sich der praktische Arzt, für den das Buch bestimmt ist, rasch in demselben orientieren kann. Das kurze Compendium wird daher in der Praxis gut zu verwenden sein.

Schon wieder ist eine Neuauflage (die letzte erschien 1902) von Max Joseph's **Lehrbuch der Hautkrankheiten** nöthig geworden. Die vorliegende *fünfte Auflage* dieses vortrefflichen Werkes (Verlag von G. Thieme, Leipzig)

konnte wieder als „vermehrte und verbesserte“ bezeichnet werden. Denn der Autor ist wieder bestrebt gewesen, die Abbildungen und Text zu vermehren und dem Stand der neuesten dermatologischen Forschungen anzupassen: 70 Abbildungen im Text, zwei schwarze und drei farbig Tafeln in vorzüglicher Ausführung zieren das Buch, 21 Recepte bilden den Anhang desselben. Auch diese Auflage wird einen weiten Leserkreis finden. — Im gleichen Verlage erschien ein 16 Seiten umfassendes, medicinisch geschichtliches Gedenkblatt an den 100jährigen Todesta Schillers: **Schiller als Arzt**, aus der Feder von Prof. Dr. H. Magnus, zur Lectüre warm zu empfehlen, sowie Heft 3 der Schwalbe'schen „**Vorträge über praktische Therapie**“, folgende Aufsätze enthaltend: „Grundzüge für die Behandlung der Geisteskranken“ von O. Binswange, „Behandlung der Gicht“ von O. Minkowski, „Behandlung durch venöse Stauung“ von H. Tillmanns, „Ueber Indication und Methoden der facultativen Sterilisirung der Frau“ von O. Sarwey, „Behandlung der nervösen Ohrenkrankungen“ von K. Bürkner, „Prophylaxe und Abortivbehandlung der Gonorrhoe“ von E. Finger.



# Excerpta medica.

Kurze monatliche Journalauszüge

aus der gesamten Fachliteratur

zum Gebrauch für den praktischen Arzt.

Herausgegeben von Dr. med. Eugen Graetzer in Sprottau.

Verlag von Carl Sallmann, Leipzig.

---

November

XV. Jahrgang

1905.

---

## Anaemie, Chlorose. Bioferrin hat Dr. J. Zwintz (Wien)

mit bestem Erfolge bei den verschiedensten Formen von acuter und chronischer Anaemie angewandt. Sofort nach Beginn der Cur hebt sich der Appetit, bald stellt sich Gewichtszunahme ein und die anaemischen Symptome gehen zurück. Speziell nach starken Blutverlusten (nach Geburten, Abort etc.) greife man zum Bioferrin.

(Wiener med. Presse 1905 No. 28.)

- **Bioferrin** empfiehlt sehr warm auch Dr. H. Gerber (k. k. Allgem. Krankenhaus, Wien) auf Grund seiner reichen Erfahrungen. Er schreibt: „Als Ergebniss der vorstehend mitgetheilten Versuchsreihe stellt sich die Verwendung des Präparats Bioferrin bei den verschiedenen Formen secundärer Anaemien leichter und schwerer Art als von günstigem Erfolge begleitet dar. Den erzielten Resultaten gemäss muss das Bioferrin als verwendbares und Erfolg versprechendes, blutbildendes Organpräparat bezeichnet werden.

(Medicinische Blätter 1905 Nr. 28 u. 29.)

- **Erfahrungen über die Anwendung von Eisen und Arsen** theilt Nervenarzt Dr. L. Laquer (Frankfurt a. M.) mit. Seit einer Reihe von Jahren leistete ihm *Ferratose* in den verschiedensten Fällen von nervöser Erschöpfung bei Männern und Frauen vortreffliche Dienste, wenn es darauf ankam, die gleichzeitig bestehenden Mängel der Blutmischung zu heben. Ferratose ist die wohlschmeckende Lösung von Ferratin und enthält 0,3 % Eisen. Sie ist

leicht bekömmlich und wird auch von Kranken mit reizbaren Verdauungsorganen gut vertragen; Autor zieht sie jetzt allen flüssigen Eisenpräparaten vor, zumal sie auch recht billig ist (250 g M. 1,50). Er hatte aber oft den Wunsch, dem Präparat ein erprobtes Nervinum hinzuzufügen. Als solches steht in erster Linie das Arsen da, wohl das anregendste Agens bei allgemeiner Erschlaffung in Fällen von organischen und functionellen Erkrankungen des Nervensystems. Eine solche Combination stellt nun die *Arsen-Ferratose* dar, die 0,3 % Eisen und 0,005 % Arsen, beides an Albumin gebunden, enthält. 1 Esslöffel enthält also 0,00075 g Arsen und 0,045 g Eisen. 3 Fälle von *Chorea minor* bei Schulmädchen von 8—11 Jahren wurden damit behandelt (3—4 Theelöffel pro die) und besserten sich dabei überraschend schnell. Ferner erhielt eine grössere Reihe schlecht genährter und erschöpfter Schulmädchen das Präparat, das sich auch hier als vortreffliches Tonicum erwies. Auch bei *Neurasthenie* und *Hysterie* wurde Arsen-Ferratose mit gutem Erfolg gegeben, desgleichen in 2 Fällen von *Morbus Basedowii*, wo es zur Hebung des Appetits und Kräftigung des Allgemeinbefindens erheblich beitrug.

(Die Therapie der Gegenwart, Septbr. 1905.)

- **Ueber Anwendung und Wirkung der Arsen-Ferratose** berichtet Dr. L. Bardach (Kreuznach). Eine Tagesdosis des Präparats (3 Esslöffel) enthielt 0,25 Ferratin und 0,00075 Arsenik organisch miteinander verbunden. Autor behandelte bisher 20 Pat. (Erwachsene und Kinder) damit, hauptsächlich wegen Anaemien, scrophulösen Leiden, Dermatosen und protrahirter Reconvalescenz. Erwachsene erhielten 3—4 Esslöffel täglich, grössere Kinder 3 Kinderlöffel, kleine 3 Theelöffel. Das Präparat wirkte sehr gut sodass Autor dasselbe als wirksames Tonicum in der Reconvalescenz nach acuten und chronischen Krankheiten, als blutbildendes Mittel bei A. jeglicher Art, endlich als plastisches Mittel bei Dermatosen warm empfehlen kann.

(Therap. Monatshefte, August 1905.)

- **Ueber den therapeutischen Werth des Lecithins und der lecithinhaltigen Nährpräparate (Lecithogen)** hat Dr. Fr. Levy (I. Medicin. Klinik der Universität Berlin) Versuche angestellt, bei Pat. Stoffwechseluntersuchungen vorgenommen und die Blutbefunde festgestellt. Gegeben

wurde ein lecithinhaltiger Cacao, Lecithogen, mit ca. 1% Lecithingehalt (pro die 3—4 Theelöffel). Autor giebt die Fälle wieder und schliesst: „Wir glauben also an der Hand der mitgetheilten Fälle

1. die Angaben der Autoren bestätigen zu können, welche den Werth der Lecithintherapie für die Behandlung der secundären Anaemien betont haben,
2. erwiesen zu haben, dass auch aus den im Handel befindlichen, ca. 1% Lecithin enthaltenden gemischten Nährpräparaten Lecithin in therapeutisch nutzbarer Menge im Körper resorbirt wird.

(Berliner klin. Wochenschrift 1905 No. 39.)

### **Anaesthesie, Narcose.** Ueber Lumbalanaesthesie mit

**Stovain** macht Prof. O. Tilmann (Cöln) Mittheilungen. Die Lumbalanaesthesie ist jetzt ungefährlich geworden, da wir im Besitze des Stovains sind. Letzteres wird von Billon in Paris in sehr handlicher Weise in kleinen geschmolzenen Glastuben geliefert, die 1 ccm einer 10%igen Lösung enthalten und jede Desinfection mit Hitze vertragen. Die Technik ist sehr einfach. Vor jeder Punction legt Autor grossen Werth darauf, Spritze und Canüle sorgfältig mehrmals mit physiol. Kochsalzlösung auszuspritzen. Als Punctionsstelle wählt man am besten den Zwischenraum zwischen 2. und 3. oder zwischen 3. und 4. Lendenwirbel, und zwar sticht man zwischen den Dornfortsätzen genau in der Mitte senkrecht ein. Ist das Ligamentum interspinale sehr derb und lässt sich der Zwischenraum zwischen den Dornfortsätzen nur schwer abtasten, dann sticht man am besten neben der Mitte eines Dornfortsatzes ein und richtet die Nadel schräg nach der Mittellinie zu. Um die Punction weniger schmerzhaft zu machen, macht man die Einstichstelle mit Chloräthyl gefühllos. Kommt man beim ersten Versuch sofort in den Lumbalcanal, ist dieser Act auch schmerzlos. Wenn die Nadel sich im Lumbalcanal befindet, fliesst sofort Cerebrospinalflüssigkeit ab. Dann setzt man sofort die Spritze mit der Stovainlösung auf die Oeffnung der Canule, saugt langsam Cerebrospinalflüssigkeit an, die sich dann mit der Stovainlösung mischt. Manchmal entsteht jetzt eine wolkige Trübung der Flüssigkeit, die aber nichts zu bedeuten hat. Dann spritzt man die Flüssigkeit langsam in den Lumbalcanal hinein und zieht sofort die Nadel zurück. Autor hat die Operation bisher 42 mal ausgeführt,

mit gleichmässig gutem Erfolge. 25 mal trat bis zu 3 Minuten völlige Analgesie bis zum Nabel auf und motorische Lähmung beider Beine. 8 mal dauerte es bis zu 6 Minuten, 5 mal bis 10 und 4 mal bis zu 15 Minuten, bis volle Wirkung eintrat. Die eingespritzte Dosis betrug 0,06 g, bei jüngeren Pat. 0,04 g Stovain. Das reichte für alle Operationen, auch für solche, die eine Stunde und länger dauerten, aus. Es wurden Mastdarmoperationen gemacht, Haemorrhoiden, Prolapsus ani, Periproctitis und dergl. operirt, Hydroceelen, Reposition von Knochenbrüchen, Amputationen, Redressement von Plattfüssen, Bubooperationen u. s. w. Die directen Wirkungen der Injectionen waren auffallend geringe, Klagen der Pat. kamen nicht vor, auch objectiv wurde nichts Nachtheiliges bemerkt. Die Methode ermöglicht also, vom Nabel abwärts schmerzlos zu operiren, ohne irgendwelche wesentliche Nachtheile. Sie ist indicirt, wenn irgend ein Grund vorliegt, die Narcose zu meiden. Besonders nützlich erscheint sie bei Mastdarm- und Prostataoperationen alter Leute. Auch bei der Therapie hartnäckiger *Ischias* hat sie sehr gute Dienste geleistet. Nach der Injection blieben die Schmerzen gewöhnlich 4 Tage weg, und diese Tage konnte man gut zur unblutigen Dehnung des Nerven benutzen, die sonst sehr schmerzhaft ist, aber recht nachtheiligen Erfolg hat. In den Fällen von *Ischias*, wo sich die innere Therapie als unwirksam erweist, sollte man daher eine Lumbalpunktion mit Stovain machen und daran event. die Nervendehnung anschliessen.

(Berliner klin. Wochenschrift 1905 No. 34.)

- Ueber Stovain als lokales Anaestheticum berichtet Oberarzt Dr. Schiff (Chirurg. Klinik der Charité in Berlin). Angewandt wurde das Stovain so, wie es verschickt wird; es kommt in Verpackungen von je 12 Tuben mit je 2 ccm 1%iger Lösung oder je einer Tube mit 10 ccm 0,75%iger Lösung oder von je einer Tube mit 1 ccm 10%iger Lösung mit NaCl-Zusatz (zur Rückenmarksanaesthesie) in Verkehr. Diese praktische Verpackungsform ist sehr angenehm. Die Lösung in den Glasröhrchen ist sterilisirt und zur Injection fertig; man bricht nur die zugeschmolzenen Enden der Glasröhrchen ab. Operirt wurden 196 Fälle (Tumoren, Fremdkörper, Unguis *incarnatus*, Paraphimose, Drüsen, Panaritien, Abscesse u. s. w.), in 181 Fällen war die Anaesthesie eine gute, wobei ein Unterschied zwischen  $\frac{1}{2}$ ,  $\frac{3}{4}$  und 1%iger Lösung nicht zu



bemerken war. Die Operation wird am besten 5 Minuten nach der Injection begonnen. Anaesthetirt wurde nach verschiedenen Methoden, je nachdem dieselben sich für die Operation eigneten; es wurde endermal, hypodermal, peripher, nach Hackenbruch, nach Oberst injicirt, nicht jedoch perineural. Die grösste injicirte Menge betrug 16 ccm  $\frac{1}{2}\%$ iger Lösung, also 0,08 g Stovain. Bei den ersten Fällen trat als Nachtheil die im Vergleich zum Cocain erheblich stärkere Gewebs- und Gefässblutung entgegen; als dann Adrenalin zugesetzt wurde, wurde im allgemeinen dieser Uebelstand nicht mehr bemerkt. Ueble Zufälle während der Operation kamen nicht vor.

(Deutsche med. Wochenschrift 1905 No. 35.)

- **Ueber Alypin, ein neues locales Anaestheticum** theilt Augenarzt Dr. W. Seeligsohn (Berlin) seine Erfahrungen mit. Er wendete 4% Lösung an, und zwar erst bei normalen, dann bei entzündeten Augen und endlich bei operativen Eingriffen. Nach Einträufelung der 4%igen Lösung stellt sich im normalen Auge ein Brennen ein, welches ebenso wie bei der 4%igen Cocainlösung von einzelnen Pat. fast garnicht, von anderen dagegen unangenehm empfunden wird. Nach ein bis zwei Minuten tritt Anaesthesie ein. Die Berührung der Hornhaut mit dem Sondenknopf wird im Vergleich mit dem anderen Auge sehr wenig, nach drei bis vier Minuten fast garnicht mehr empfunden. In einzelnen Fällen behielt die Bindehaut ihr normales Aussehen, in den meisten aber trat eine geringe Hyperaemie ein, die aber nach einigen Minuten wieder schwand. Die Anaesthesie selbst dauerte acht bis zehn, in einzelnen Fällen bis 15 Minuten. Die Pupillenweite wurde stets vor der Einträufelung und nach Beendigung der Anaesthesie festgestellt, ebenso die Accommodation genau gemessen. In keinem Falle trat eine Pupillenerweiterung oder eine Accommodationsstörung ein, auch eine Einwirkung auf Druck war nicht nachzuweisen. Kein Kranker klagte über nachfolgende Empfindung von Trockenheit und Kälte der Hornhaut oder Bindehaut. Beim Vergleich mit einer 4%igen Cocainlösung — die Patienten erhielten in das eine Auge Alypin, in das andere Cocain eingeträufelt — stellte sich heraus, dass vollkommene Anaesthesie ein wenig später als beim Cocain eintritt, aber ein bis zwei Minuten länger dauert. Es wurde dann Alypin einer Anzahl von Kindern mit frischen Hornhauterkrankungen, speciell Keratitis eczematosa, sowie Patienten mit acuter

Conjunctivitis, Iritis und Iridocyclitis eingeträufelt und festgestellt, dass auch hier Anaesthesia eintritt. In einzelnen Fällen, besonders bei sehr starker Reizung, bedurfte es allerdings einer mehrmaligen Einträufelung. Nach Beendigung dieser Vorversuche benutzte Autor das Alypin in seiner Praxis. In zwölf Fällen wurden Fremdkörper. z. T. recht tief sitzende, ohne eine Spur von Reflexempfindlichkeit aus der Hornhaut entfernt. Das Gleiche geschah bei zwei Fremdkörpern in der Bindehaut. Autor ging dann dazu über, Alypin auch bei klinischen Operationen zu verwenden. Eine Stunde vor der Operation wurde Alypin im Stroscheinschen Fläschchen gekocht, dann erhielten die Patienten zehn Minuten vor der Operation einige Tropfen Alypin in das zu operirende Auge eingeträufelt, fünf Minuten später erfolgte eine zweite und unmittelbar vor der Operation eine dritte Einträufelung. Auch hier bewährte sich Alypin. Es scheint also in der That ein vorzügliches Anaestheticum für die augenärztliche Praxis zu sein, da es die gleiche anaesthesirende Wirkung wie Cocain hat, aber weder Mydriasis noch Accommodationsstörung, weder Druckerhöhung noch Austrocknung der Cornea oder Intoxication hervorruft.

(Ibidem).

- **Ueber Alypin als Local-Anaestheticum** berichtet ferner Dr. E. Stotzer (Diakonissenhaus Salem in Bern). Von den Fällen aus der kleinen Chirurgie, die Autor anführt, seien folgende erwähnt: Eröffnung einer Phlegmone am Halse; 1 ccm 2%iger Lösung intra- und subcutan; Hautschnitt unempfindlich; Blutung und Heilung normal. Panaritium des rechten Daumens; Injection von  $\frac{1}{2}$  ccm 2%iger Lösung; Hautschnitt und Entleerung des Eiters völlig schmerzlos. Entfernung des Nagels am linken Zeigefinger wegen eines darunterliegenden Panaritiums; je zwei seitliche Injectionen von je  $\frac{1}{2}$  ccm 2%iger Lösung in Verbindung mit Esmarch; Entfernung des Nagels und Eröffnung des Abscesses fast schmerzlos; normaler Heilungsverlauf. Atheromentfernung; durch drei Einstichöffnungen werden  $1\frac{1}{2}$  ccm 2%iger Lösung eingespritzt; Ausschälen des Atheroms und Anlegen der Naht schmerzlos. Lipomentfernung; drei Einspritzungen von je 1 ccm 3%iger Lösung; Ausschälung, Anlegen der Naht schmerzlos; Blutung mässig, Puls gut, Pupillen unverändert. Ligatur der rechten Vena saphena magna wegen Varicen; intracutane Injection von 1 ccm einer 3%igen Lösung in der Richtung des Hautschnitts; Hautschnitt und Naht schmerzlos, nur

das Arbeiten in der Tiefe etwas schmerzhaft; guter Heilungsverlauf. Unguis incarnatus;  $\frac{1}{2}$  ccm 2% iger Lösung; Ausschneiden des Nagels schmerzlos. Entfernung eines Stahlsplitters aus dem Auge; einige Tropfen 3% iger Lösung; nach fünf Minuten Entfernung mit Hohlmeisel schmerzlos. Auch viele Zahnextraktionen führte Autor mit Alypin aus. Bei Extraction von fünf Zähnen verbrauchte er  $2\frac{1}{2}$  ccm 2% iger Lösung, bei 13 Zähnen 5 ccm 1% iger Lösung usw. Autor kommt zu folgenden Schlüssen:

1. Das Alypin ist für die Local-Anaesthetie ein gut verwendbares Präparat;
2. es ist dem Cocain an anaesthesirender Wirkung, besonders in stärkeren Lösungen, mindestens ebenbürtig; in allen anderen in Betracht kommenden Punkten ist es ihm bedeutend überlegen;
3. die Möglichkeit, die Aypinlösungen sterilisiren zu können, bedeutet einen nicht unwesentlichen Vorzug dem Cocain gegenüber;
4. das Alypin ist ohne Einfluss auf die Psyche. Es erzeugt keine Erregungszustände, Schwindelanfälle oder Congestionen, wie Cocain, ist demnach weniger giftig wie letzteres;
5. durch seine geringe Reizwirkung beim Injiciren unterscheidet sich das Alypin vortheilhaft vor dem  $\beta$ -Eucain, dem Anaesthesin und den übrigen neueren Anaestheticis;
6. das Alypin ist billiger wie Cocain.

(Deutsche med. Wochenschrift 1905 No. 26.)

### **Basedow'sche Krankheit.** Zur Behandlung der B.

mit Antithyreoidin Möbius bringt Dr. A. Alexander (Krankenhaus der jüd. Gemeinde Berlin) drei Krankengeschichten. Bei allen drei Pat. führte das Präparat eclatante Besserung herbei, objectiv und subjectiv; unangenehme Nebenerscheinungen wurden nicht gesehen. Am auffallendsten war die subjective Wirkung im ersten Falle. Die Pat., seit Jahren mit verschiedenen Mitteln behandelt, wobei es ihr eher schlechter ging, fühlte sich schon am zweiten Tage nach der ersten Verabreichung des Mittels viel besser; ihre Unruhe wurde geringer, der Schlaf stellte sich wieder ein. Ebenso war es bei Fall 2. Pat., die wochenlang nur mittels Schlafmittel für einige Stunden

Schlaf bekam, schlief nach einigen Gramm des Serums spontan. Von den objectiven Wirkungen des Serums ist die hervorspringendste die der Gewichtszunahme. Im Falle 1 wurde eine Zunahme von  $6\frac{1}{2}$  Pfd. in fünf Wochen, im Falle 2 von 14 Pfd. in zehn Wochen und im Falle 3 von 6 Pfd. in sieben Wochen constatirt. Man muss annehmen, dass das Möbius'sche Serum in erster Linie die Producte des Schilddrüsensecrets neutralisirt, welche die grosse schädliche Eiweiss- und Fettzersetzung hervorrufen. Auffallend war auch die prompte Wirkung auf die Schilddrüse selbst, die alsbald nach Beginn der Therapie ihre Härte und Grösse in allen drei Fällen einbüsste. Ebenso war sehr bald objective Besserung der nervösen Beschwerden bei allen drei Pat. zu constatiren. In zwei Fällen verschwand der Exophthalmus vollständig, im dritten trat deutlicher Rückgang ein. In zwei Fällen veränderte sich der Tremor, im dritten verschwand er ganz. Auch die Herzfunction besserte sich in sämmtlichen Fällen deutlich. Neben der Verabreichung des Serums erhielten die Pat. kohlensaure und Salzbäder, die ihrerseits ebenfalls offenbar eine günstige Wirkung hervorbrachten. Was die Dosierung des Serums anbetrifft, so wurden in den drei Fällen 43 resp. 105 ( $30+75$ ) resp. 40 g verabreicht in Einzeldosen von 1—15 g pro die. Selbst bei der hohen Gabe von dreimal täglich 5 g keine unangenehmen Nebenerscheinungen. Hauptsächlich kommt es darauf an, wie gross die Gesamtmenge des Serums während der ganzen Cur ist. Dass individuell zu kleine Mengen von nicht lange andauerndem Nutzen sind, zeigte der eine Fall, wo nach erstmaligem Aussetzen (nach 30 g) alsbald wieder die alten Beschwerden, wenn auch in verminderter Stärke, auftraten, während dieselben später, nachdem Pat. noch 70 g erhalten hatte, bis heute nicht wiederkehrten (zwei Monate). Wieviel Serum nun zu einer völligen Heilung der B. nöthig ist, und ob eine dauernde Heilung mittels des Serums möglich ist, müssen erst weitere Beobachtungen ergeben. Dass man mit grösseren Dosen des Serums vorsichtig sein muss, zeigen anderwärts gemachte Erfahrungen. Man gebe den Pat. bei der Cur hintereinander 40—50 g, setze dann aus und sehe zu, ob die krankhaften Erscheinungen verschwunden bleiben, kehren dieselben wieder, so gebe man nochmals 40 g, u. s. w. Hand in Hand damit ist eine Behandlung mit kohlensauren Bädern anzurathen.

(Münchener med. Wochenschrift 1905 No. 29.)

- Einen Fall von B. mit spontaner (toxischer) Glykosurie beobachtete Dr. C. Lewin (Berlin, Städt. Krankenhaus Gitschinerstrasse). Die Pat., hereditär mit Diabetes belastet, zeigte neben B. (Forme fruste) eine Glykosurie, wie wir sie nach Einwirkung mannigfacher Vergiftung sehen. Ohne dass irgend welche alimentären Einflüsse sich geltend machten, schwand die Zuckerausscheidung tagelang, bald erschien sie wieder; auch in den einzelnen Urinportionen des Tages war unabhängig von der Nahrungsaufnahme ein Auftreten und Wiederverschwinden des Traubenzuckers zu constatiren, also alle Merkmale der spontanen Glykosurie. Es ergibt sich nun die Frage, ob zwischen B. und spontaner Glykosurie ein ursächlicher Zusammenhang besteht. Man unterscheidet bei der Aetiologie der B. eine neurogene und eine thyreogene Theorie. Unter den neurogenen Theorien ist es insbesondere die „sympathische“, welche die Zuckerausscheidung bei B. zu erklären imstande ist; bestehen doch zwischen Zuckerausscheidung und Sympathicuserkrankung gewisse Beziehungen. Auch die Anhänger der „bulbären“ Theorie könnten die Glykosurie ohne Zwang erklären. Wissen wir doch, dass Erkrankungen der Medulla oblongata häufig Glykosurie hervorrufen. Freilich haben wir weder für die sympathische noch für die bulbäre Theorie der B. directe Beweise, es handelt sich bei beiden um Hypothesen. Die Anhänger der thyreogenen Theorie sehen die B. als Folge einer endogenen Intoxication an, welche durch eine abnorme Secretionsthätigkeit der erkrankten Thyreoidea bewirkt wird. Als Folge dieser endogenen Vergiftung würde dann auch die Glykosurie anzusehen sein. In der That sprechen dafür eine Reihe einwandfreier Beobachtungen, welche zeigen, dass nach längerem Gebrauch von Thyreoideatabletten Zucker im Harn auftritt. Wie aber diese Wirkung der Thyreoidea, eine Glykosurie zu erzeugen, zustande kommt, das lässt sich schwer sagen. Man könnte an eine Schädigung des Centralnervensystems denken, die nach Analogie anderer Gifte zur Zuckerausscheidung Veranlassung gibt, z. B. in manchen Fällen von Morphinismus. Es würde diese Glykosurie dann in ihrem Wesen sich in nichts unterscheiden von denen, welche wir bei anatomisch nachweisbaren Veränderungen des Centralnervensystems beobachten, bloss dass es sich in obigem Falle um eine functionelle Schädigung handelt. Jedenfalls muss man sich die Sache so denken, dass durch ständige Hypersecretion der Thyreoidea eine Glykosurie

erzeugt wird, die je nach dem Grade der Giftwirkung und nach der Quantität der producierten Giftmenge in ihrer Intensität schwankt, bald erscheint und bald wieder verschwindet. Es handelt sich also um eine chronische endogene Thyreoidaintoxication, als welche man mit guten Gründen B. anzusehen Berechtigung hat. Freilich ergibt sich bei obigem Falle die Schwierigkeit, dass eine Heredität für Diabetes bestand. Allein das Fehlen jeglichen Einflusses der Kohlenhydratzufuhr auf das Erscheinen und Schwinden der Zuckerausscheidung spricht entschieden dagegen, dass hier eine diabetische Erkrankung vorlag.

(Medicin. Klinik 1905 No. 40.)

- **Ein abnorm verlaufender Fall von Basedow'scher Krankheit** wurde von Dr. M. Loeb (Frankfurt a. M.) beobachtet. Lange Zeit war von den Cardinalsymptomen der B. nur mässige Tachycardie vorhanden; Herzklopfen fehlte dabei ebenso, wie Exophthalmus, Struma und Tremor; beide letzteren Symptome wurden überhaupt während des ganzen Krankheitsverlaufes vermisst, während der Exophthalmus, welcher erst lange Zeit nach der Tachycardie auftrat, die Eigenthümlichkeit aufwies, dass er zunächst nur an einem Auge in die Erscheinung trat. Neben der Tachycardie waren längere Zeit nur sogen. secundäre Erscheinungen zu beobachten: Abmagerung, Diarrhoen, Husten, Hyperidrosis, Unregelmässigkeit der Menstruation. Therapeutisch machte Autor, wie schon früher wiederholt, die Erfahrung, dass Chinin in grösseren Dosen (bis zu 1 g pro die) und längere Zeit gereicht, B. günstig beeinflusst.

(Die ärztliche Praxis 1905 No. 18.)

**Blutungen.** Ueber die Anwendung des Styptols bei Gebärmutterblutungen und Dysmenorrhoe berichtet Dr. K. Abel (Berlin). Das Mittel hat sich ihm sehr bewährt und ist sehr wirksam, wenn es richtig dosirt und an richtiger Stelle angewandt wird. Er lässt zunächst während der Menorrhagie dreimal täglich 2 Tabletten à 0,05 nehmen. Bleibt die Wirkung aus oder ist dieselbe nicht genügend, so lässt er in der ganzen Zeit nach der Blutung dreimal täglich eine Tablette nehmen und verdoppelt die Dosis, sobald die Blutung eintritt. In Fällen von Dysmenorrhoe ist er bis zu neun Tabletten pro die

gestiegen und hat in einer Reihe von Fällen Resultate gesehen, in welchen alle anderen internen Mittel versagt haben. Indicirt ist Styptol hauptsächlich:

1. Bei starken menstruellen Blutungen bei Virgines und Nulliparen ohne pathologisch anatomisches Substrat.
2. Bei rein climacterischen Blutungen.
3. Bei Blutungen in der Schwangerschaft.
4. Bei Myomblutungen.
5. Bei secundären Blutungen infolge von Erkrankungen der Adnexe oder des Beckenbindegewebes. (Hier wird man am ehesten Misserfolge haben, denn bei derartigen Erkrankungen bleibt eben oft nur die operative Beseitigung der Ursache übrig.)
6. Bei Blutungen infolge inoperablen Carcinoms, bei welchem auch die locale Anwendung des Mittels in Anwendung zu ziehen ist.
7. Bei Dysmenorrhoe.

(Berliner klin. Wochenschrift 1905 No. 31)

— **Kaliumpermanganat als billiges locales Haemostaticum** empfiehlt Dr. H. Vörner. Er wendet es seit 1 Jahre an, und zwar theils als Lösung, theils als Pulver oder Paste. In der ersten Form benutzt er eine concentrirte Auflösung des Minerals in Wasser. Um ein feines Pulver zu erlangen, mengte er 2 Theile mit 1 Theil Kieselguhr, befeuchtete die Masse, trocknete sie und stieß sie. Die Paste bereitete er in der Weise, dass er das Pulver zum 3. Theile mit Ung. paraffin. mischte (eine Paste will die Firma Riedel in Berlin in kleinen Zinntuben in den Handel bringen). Man comprimirt die blutenden Stellen zunächst kurz mit Tupfer und applicirt dann rasch das Kaliumpermanganat in einer dieser Formen. Bei leichteren B. gelingt die Stillung häufig beim 1. Male, bei stärkeren hat man die Manipulation mehrmals zu wiederholen und vor allem das Material derb gegen die Unterlage anzudrücken. Empfindliche Pat. empfinden ein Brennen. Autor hat das Verfahren bei Excisionen von Warzen, spitzen Condylomen, Papillomen, Naevis und dergl. erprobt. Aber auch pulsirende B. lassen sich beeinflussen. So brachte z. B. Autor bei Frenulumdurchschneidungen die oft pulsirenden B. bald zum Stehen. Auch Nasenbluten kann man stillen. Auf Schleimhäuten applicirt man am besten

die Paste. Ueberhaupt bevorzugt jetzt Autor die Pastenform, die gewisse Vortheile bietet. So kann man den Ueberschuss sofort durch Olivenöl beseitigen. Die Kaliumpermanganatpaste ist wohl das stärkste Haemostaticum, das es zur Zeit giebt.

(Münchener med. Wochenschrift 1905 Nr. 38.)

- **Periodisch wiederkehrende B. aus einer Rachentonsille unmittelbar vor Eintritt der Menstruation** hatte eine 25jährige, sonst ganz gesunde Pat. Dr. M. Wunsch's (Berlin). Pat. muss schon seit Jahren jedesmal unmittelbar vor den Menses etwa 1 Esslöffel reinen Blutes ausspeien und hat bemerkt, dass diese B. aus der rechten Rachenmandel herrühren. In der That bemerkt man hier eine linsengrosse Stelle mit geronnenem Blut bedeckt; kein Defect, Tonsillen nicht vergrössert, keine Röthung, kein Belag. Pat. ist sonst beschwerdefrei, objective Untersuchung völlig negativ. Menses alle 4 Wochen, von normalem Typus. Also die Menses fehlten hier nicht, wie sonst in ähnlichen Fällen, waren nicht einmal spärlich. Es handelt sich um einen recht seltenen Fall, den man eigentlich garnicht den „vicariirenden“ B. zurechnen kann.

(Deutsche med. Wochenschrift 1905 No. 38.)

### **Cholera. Zur Behandlung der Ch. asiatica** macht Prof.

Dr. J. Stumpf (Würzburg) eine bemerkenswerthe Mittheilung. Er verwendet seit ca. 5 Jahren beim Brechdurchfall bei Kindern und Erwachsenen das feine Thonpulver, Bol. alb. pulv. officin. mit sehr günstigen Erfolgen und hat diese Behandlung jetzt auch bei Ch. asiatica mit Glück versucht. Führt man bei schweren Brechdurchfällen und auch bei der Ch. asiatica in den *leeren* Magen der Kranken grosse Mengen von Thonpulver ein (bei Erwachsenen 70—100 g, bei Kindern 30 g, bei Säuglingen 10—15 g), so darf man folgender Erscheinungen gewärtig sein: Brechreiz lässt sofort nach, es tritt zur grossen Erleichterung der Pat. Aufstossen ohne Erbrechen auf, Fieber fällt schon nach  $\frac{1}{2}$  Stunde unter Schweissausbruch kritisch ab, Schlafbedürfnis macht sich geltend, sodass man oft die Pat. aufwecken muss, damit sie das Pulver ganz zu sich nehmen (auf länger als 20—30 Minuten soll sich die Einfuhr des ganzen (Quantums nicht vertheilen). Eine *conditio sine qua non* für die Wirkung des Mittels ist **ängstliche**



Vermeidung jeglicher Nahrungsaufnahme und auch jeglichen Alkohols in den ersten 18—24 Stunden nach Beginn des Einnehmens. Autor hält das Mittel, in der ganzen Menge eingeführt, selbst in vorgerückten Stadien noch für wirksam. Man muss es aber in der ganzen Menge (also bis zu 100 g) in  $\frac{1}{3}$  L. frischen Brunnenwassers eingerührt, in kleineren Portionen unter häufigem Umrühren trinken. Princip des Verfahrens ist: Ueberschütten wir die Bacterien im Ueberschuss mit unveränderlicher anorganischer Materie von feinsten Vertheilung, so können sie sich nicht weiter vermehren, es kommt die Toxinbildung zum Stillstand, und es wird momentan der Krankheitsprocess ein retrograder.

(Berliner klin. Wochenschrift 1905 Nr. 37.)

### **Gonorrhoe. Bemerkungen über Gonosan macht Dr. R.**

Hottinger (Zürich). Derselbe empfiehlt warm das Präparat, das alle von einem idealen inneren Antigonorrhoeicum geforderten Eigenschaften (schmerzlindernd, diuretisch, adstringierend, antibacteriell, gut verträglich) in hohem Maasse erfüllt. Am auffallendsten ist die prompte Wirkung auf die Beschwerden der acuten G., und zwar nicht nur auf das Brennen im Anfangsstadium oder die Reizzustände bei Urethrocystitis, sondern auch auf die schmerzhaften Erectionen. Die Erscheinungen der G. gingen unter Gonosangebrauch rasch zurück, Complicationen traten nicht hinzu. Gonosan verdient unbedingte Empfehlung im Anfangsstadium der G., zur Linderung der Beschwerden, zur Erzielung eines rascheren Ablaufes und besonders auch in prophylactischer Absicht, d. h. zur Vermeidung der Complicationen; bei Urethritis posterior und Cystitis zur raschen Beseitigung der Schmerzen, zur Klärung des Urins und ebenfalls prophylactisch; im späteren Stadium, wo intensivere locale Behandlung oft in Function treten muss, auch zur prophylactischen Unterstützung. Aber nicht allein bei G. entfaltet das Mittel seine Wirkung, sondern auch bei anderen schmerzhaften und entzündlich-katarrhalischen Erkrankungen, auch der oberen Harnwege. Autor hat in einigen Fällen, denen sicher G. nicht zu Grunde lag, (Pyelitis, Stricturecystitis etc.), und wo Urotropin im Stich liess, bei Gonosan überraschende Wirkung in Bezug auf Abnahme der Beschwerden und dauernde Klärung des Urins gesehen.

(Correspondenzblatt für Schweizer Aerzte 1905 Nr. 15.)

— Auch Dr. Frumusianu (Bukarest) hat **Gonosan** mit bestem Erfolg angewandt und gelangt auf Grund seiner Erfahrungen zu folgenden Schlüssen:

1. Gonosan wird nicht bloss durch die Nieren, sondern auch durch die Drüsen des Harnapparates ausgeschieden

2. Gonosan hat:

- |   |   |          |
|---|---|----------|
| <p>a) eine entzündungsbeschränkende,<br/>         b) antiseptisch-adstringierende,<br/>         c) narkotisch-analgetische,<br/>         d) diuretische und<br/>         e) anaphrodisierende</p> | } | Wirkung. |
|---|---|----------|

3. Es unterstützt die locale, endourethrale Therapie sowohl bei acuten als auch bei chronischen Gonorrhoeen mögen sie im vorderen oder hinteren Theil der Harnröhre localisirt sein.

4. Es genügt oft eine reine interne Behandlung mit Gonosan, um Heilung zu erzielen.

(Die Heilkunde, Juli 1905.)

— Ueber die Vereisung spitzer Condylome mittels Aethylchlorid

macht Dr. Courant (Breslau) eine Mittheilung. Er veröffentlicht über 10 derartig behandelte Fälle. Mit einer Ausnahme waren es nullipare Mädchen, die die Krankheit monatelang vernachlässigt hatten und erst durch die Beschwerden, die ihnen die schmerzhaften und nässenden Papillomflächen machten, zum Arzt getrieben wurden. Die Entwicklung war theils auf der äusseren Haut in der Umgebung der Geschlechtstheile, am Damm und After theils auf der Schleimhaut der Vulva, Vagina, des Mastdarms erfolgt. Zur Technik schreibt Autor:

„Nach Trockenlegung der mit Condylomen besetzten Regionen richtet man, indem man die Umgebung möglichst durch Watteplatten schützt, den Strahl der Aethylchloridflasche senkrecht in einer Entfernung von 10–30 cm auf die Spitzen der einzelnen Condylome. Doch ist der Schutz der Umgebung auch zu entbehren aus Gründen, die ich später angeben werde. Nur die hintere Vulva und die mittlere Damm, wo das überschüssige Aethylchlorid gewöhnlich abfließt, müssen durch ein Wattestück geschützt werden, das man in die Vulva einlegt und am Damm herabhängen lässt. Die Wirkung des Sprays zeigt sich nach wenigen Secunden, indem das bespritzte Condylom sich von der Spitze aus bis an seine Basis weiss färbt. Man setzt dann die Vereisung noch einige Secunden weiter

fort. Sind viele kleine Condylome auf einer Stelle zu einem Rasen vereinigt, so vereist man ohne Rücksicht die ganze mit Papillomen bestandene Fläche. Gewöhnlich färben sich dabei nur die Condylome weiss, nicht die dazwischen liegende Haut resp. Schleimhaut. Nach dem Aufthauen ist nur zu bemerken, dass die dunkelrothen Schleimhautcondylome etwas blässer sind. An grösseren Hautcondylomen ist vorläufig keine Veränderung wahrzunehmen. Bestellt man jedoch die Patienten nach 2—3 Tagen wieder, so sieht man eine bedeutende Schrumpfung der Geschwülste bis auf die Hälfte oder ein Drittel ihrer ursprünglichen Grösse. Sie haben ihren Turgor verloren, hängen schlaff herab und zeigen an der Haut eine gelbgraue Verfärbung. In diesem Stadium habe ich gewöhnlich eine zweite Bespritzung vorgenommen, in zwei Fällen auch nach weiterer Pause eine dritte. In der Mehrzahl der Fälle waren die grossen Hautcondylome nach Ablauf einer Woche zu kleinen trockenen Excrescenzen zurückgegangen und ohne weitere Behandlung als der der Gonorrhoe nach 1—2 weiteren Wochen verschwunden. In den drei Fällen, die ich zuletzt beobachtete, habe ich jede Gonorrhoebehandlung während der Behandlung der Condylome unterlassen. Auch möchte ich bemerken, dass ich keine Schädigung der umgebenden Haut durch die Congelation gesehen habe, und dass die Gefrierung der Geschwülste so schnell eintritt, dass die umgebende Haut nur abgekühlt, nicht mit gefroren zu werden braucht. Die zweite Gefrierung der schon der Nekrose anheimgefallenen verkleinerten Condylome ist schwieriger und dauert länger. In den meisten Fällen wäre sie wohl nicht nötig gewesen. Der bei der Procedur auftretende Schmerz ist erträglich und schwindet nach Aufthauen. Die Kranken erklärten sämtlich beim ersten Wiederkommen, dass sie sich bedeutend gebessert fühlten; die Beschwerden und der Ausfluss hatten bedeutend nachgelassen. Recidive habe ich bei sorgfältiger Nachbehandlung des Grundleidens nicht gesehen.“

(Allgem. med. Centr.-Ztg. 1905 No. 35.)

**ntoxicationen.** Einen Fall von Arsenpolyneuritis nach acuter Arsenvergiftung theilt Dr. J. Mendl (Medicin. Klinik v. Jaksch) mit: 19jähriges Mädchen nahm am 19. XI. 03 einen Theelöffel Arsentrionoxyd (toxische Dosis 0,1 g!). Nach kurzer Zeit heftige Magen- und Bauch-

schmerzen, Erbrechen und Durchfall. Nach 14 Tagen Ameisenlaufen und Kribbeln in Händen und Füßen, bald darauf Lähmung dieser Theile, sowie Entwicklung von Contracturen in den Hand- und Kniegelenken. Füße durch zehn Wochen hindurch geschwollen. Aufnahme am 17. III. In Bezug auf die sensiblen Störungen boten sich folgende Bilder: Bei der ersten Aufnahme, am 17. März, fand sich eine ausgeprägte Anaesthesia in Gebiete der Nervi cutanei pedis dorsalis I., II. und III. an den Händen in den vom Nervus ulnaris versorgten Fingerseiten. Diese Störungen nahmen bis zum 26. April zu, und zwar wurde an den Händen das Gebiet des Nervus medianus und des Nervus radialis in Mitleidenschaft gezogen, ebenso an den unteren Extremitäten, wo das untere Drittel beider Unterschenkel vollständig anaesthetisch wurde. Dabei war auffällig, dass der Uebergang von der anaesthetisirten Zone zu der normalen kein scharfer war, sondern allmählich erfolgte. An den unteren Extremitäten hatten die Sensibilitätsstörungen deutlich in centripetaler Richtung zugenommen. Sehr interessant ist ferner die Combination zwischen Hyp- und Anaesthesia mit der Hyperalgesie, die an beiden Händen und an den Fussrücken so stark war, dass bei leichten Nadelstichen die Patientin grossen Schmerz äusserte. Doch kommt auch Anaesthesia mit Hypalgesie bei Arsenpolyneuritis vor, wie die Beobachtung vom 17. März zeigte. Die Hypalgesie scheint vorübergehend zu sein, da sie später nicht mehr constatirt werden konnte. Für leichtes Kneifen der Haut und der Muskeln war Patientin sehr empfindlich, besonders in den von den Sensibilitätsstörungen befallenen Gebieten. Störungen des Temperatursinnes sowie Störungen des stereognostischen Sinnes waren nicht zu constatiren. Von motorischen Störungen fanden sich starke Contracturen in beiden Kniegelenken, die so hochgradig waren, dass auch nur beim zartesten Versuch, die Knie zu strecken, heftige Schmerzáusserungen hervorgerufen wurden. Die Contracturen bildeten sich im Verlauf von zwei Monaten langsam zurück. An den Vorderarmen und an den Händen zeigte sich eine bedeutende Atrophie der Musculatur, wobei eine vorwiegende Betheiligung der Supinatoren und Extensoren nicht constatirt werden konnte. Die faradocutane Sensibilität war am Fussrücken beiderseits stark herabgesetzt, so dass 100 Volt erst empfunden wurden. Am Thenar und Antithenar typische Entartungsreaction. Die Patellarreflexe konnten während der ganzen

Zeit der Beobachtung nicht ausgelöst werden, auch nicht nach dem Schwinden der Motilitätsstörungen, also sechs Monate nach der Vergiftung. Patientin wurde ohne Kniereflexe entlassen. Im Falle von Kovacz konnten die Patellarreflexe zehn Monate nach der Vergiftung, von Krehl nach sieben Monaten nicht constatirt werden. Der Eintritt des Fehlens der Kniereflexe im obigen Falle konnte nicht eruirt werden, da Patientin erst spät in Behandlung kam. Huber stellte das Fehlen der Kniereflexe schon eine Woche nach der Vergiftung fest. Von vasomotorischen Störungen zeigten sich bei der Patientin intermittirend auftretende, zum Theil stark juckende Ekzeme und Oedeme an beiden Unterschenkeln. Die Diagnose war hier leicht, da Patientin in der Anamnese entsprechende Angaben gemacht hat. Doch kann die Diagnose in chronischen Fällen von Arsentoxicoose ungemein schwierig werden; in jedem Falle von Polyneuritis und unbekannter Aetiologie derselben ist eifrig nach Arsen zu forschen. In differentialdiagnostischer Beziehung kommen bei Fällen mit Atrophie an den Händen und motorischer Schwäche in den Füßen in Betracht 1. von Rückenmarkerkrankungen die Poliomyelitis und die Pachymeningitis hypertrophica, 2. von Neuritiden die Blei-, Alkohol- und infectiöse Neuritis. Für Arsenpolyneuritis spricht:

1. Die periphere Localisation der motorischen Veränderungen, Akroparese und Akroparalyse;
2. Die symmetrische Anordnung der motorischen Störungen;
3. Die Akroparaesthesien, die in centripetaler Richtung zunehmen;
4. Die Coincidenz von An- und Hypaesthesia mit Hyperalgesie, letztere ebenfalls fortschreitend in centripetaler Richtung;
5. Rasches Auftreten von Muskelatrophieen;
6. Häufiges Vorkommen von Contracturen.

(Prager med. Wochenschrift 1905 No. 32.)

— **Ueber Ernährungsstörungen des Gehirns und der Haut nach Kohlenoxyd-, bzw. Leuchtgasvergiftung (Encephalomalacie und Hautgangraen)** lässt sich Dr. R. Krumbholz (k. k. Allgem. Krankenhaus Wien) aus und schildert zunächst den Fall einer 53jährigen Frau, die in selbstmörderischer Absicht Leuchtgas einathmete. Als sie

zu sich kam, hatte sie für diese Vorgänge keine Erinnerung und befand sich in den ersten zwei Tagen nach der Intoxication verhältnissmässig wohl bis auf eine psychische Depression. Am vierten Tage stellten sich plötzlich Erscheinungen der amnestischen Aphasie ein, am Tage darauf erschien die Haut am Unterbauche und am rechten Oberschenkel an einer grossen Stelle verfärbt, eine Erscheinung, die in den nächsten Tagen rapid zunahm und zur Hautnekrose führte. Die amnestische Aphasie war durch 14 Tage stark ausgeprägt, besserte sich dann allmählich in ganz auffälliger Weise. Die gangraenösen Hautparthieen zeigten bereits nach vier Tagen deutliche Demarkirung. In dieser Phase nahm die gangraenöse Parthie am Bauche den grössten Theil der Haut des Unterbauches ein, die am rechten Oberschenkel war handtellergröss. Nach Eintritt der Demarkation wurden sofort die nekrotischen Parthieen abgetragen und die Wundflächen gereinigt. Die circulatorischen Störungen im Gehirn, denen die amnestische Aphasie offenbar zuzuschreiben ist, sowie die Ernährungsstörungen der Haut traten also fast gleichzeitig auf. Erstere sind bereits fast vollständig zurückgegangen und auch an der Haut ist der Wundverlauf ein tadelloser. Bisher ist noch nie in einem derartigen Falle von Aphasie die Rede gewesen, während von Hautgangraen und Ernährungsstörungen der Haut nach Kohlenoxyd- oder Leuchtgasvergiftung bereits einige Fälle vorliegen. Cerebrale Erscheinungen sind ja ebenfalls mehrfach beschrieben worden und haben sehr verschiedene Deutung erfahren. Insofern Obductionsbefunde vorliegen, wurden als Grundlage der Hirnsymptome in der Regel Erweichungsherde gefunden. Sonstige Befunde sprechen dafür, dass nach Kohlenoxyd-, resp. Leuchtgasvergiftung durch Schädigung der Gefässwand oder herabgesetzte Circulation gewisser Gefässgebiete, offenbar durch Thrombosirung, localisirte Ernährungsstörungen zustande kommen. So erklären sich das Auftreten von Erweichungsherden im Gehirn und die Gangraen der Haut als coordinirte Erscheinung. Bei einem zweiten Falle, der bereits im Jahre 1900 zur Beobachtung gelangte, war gleichfalls nach Ablauf der unmittelbaren Intoxicationsercheinungen neben cerebralen Symptomen multiple Hautnekrose eingetreten. Pat. wurde ins Wasserbett gesteckt, starb aber an den Erscheinungen einer postgangraenösen Sepsis, obwohl die Dimensionen der Hautgangraen wesentlich geringere waren, als im ersten Falle. Autor glaubt den Unterschied im Ausgange der beiden

Fälle in der wesentlich anderen Behandlung der Gangraenen suchen zu müssen. Während der frühere Fall den damals noch herrschenden Principien entsprechend ins Wasserbett gelegt wurde, wurden im jetzigen die nekrotischen Parthieen sofort abgetragen und mit Dermatol verbunden; damit wurden reine, granulirende Wundflächen geschaffen und die Gefahr einer von hier ausgehenden Intoxication, resp. Sepsis hintangehalten.

(Wiener med. Wochenschrift 1905 No. 38.)

- **Eine lebensbedrohende Intoxication bei Anwendung 50%iger Resorcinpaste** beschreibt Dr. S. Kaiser (vgl. dermatolog. Klinik in Breslau). Zwei Lupusherde bei einem 29jähr. Pat., ein kleiner am Mons pubis und ein recht grosser am Rücken, werden, nachdem andere therapeutische Maassnahmen nicht zum Ziele geführt, mit 50%iger Resorcinpaste bedeckt, wobei im ganzen etwa 100 g der Paste verbraucht werden. Schon gleich nach Anlegen des Verbandes verspürte Pat. starkes Brennen über dem Herde am Rücken. Sehr bald trat auch starker Schweiss auf; Pat. äussert sehr heftige Schmerzen, fühlt sich kalt an und ist in Schweiss gebadet, sodass  $\frac{3}{4}$  Stunden nach Application der Paste dieselbe peinlichst entfernt und feuchte Verbände gemacht werden. Inzwischen ist Pat. vollständig bewusstlos geworden, er tobt und schreit, wird von starken Krämpfen geschüttelt; Puls fliehend, Athmung enorm beschleunigt und keuchend. Dieses Stadium excitationis dauert etwa zehn Minuten. Dann liegt Pat. steif in Opisthotonus, Puls nicht zu zählen. In Pausen von 20—30 Sekunden kauert Pat. sich ganz zusammen, um dann mit gellendem Schrei sich wieder lang zu schnellen und starr zu liegen. Dies wiederholt sich etwa 40 mal. Dann vollständige Lethargie. Puls immer klein und fliegend, Athmung stark beschleunigt und oberflächlich. Eine Stunde nach Beginn des Anfalls allmähliche Besserung des Pulses, die bedrohlichen Erscheinungen weichen. Starker Kaffee, Diuretin.  $3\frac{1}{2}$  Stunden nach Auflegen der Paste erster Urin: grünlich, an der Luft schwarz werdend; Phenol nachgewiesen. Nach drei Tagen völlige Wiederherstellung. Das Krankheitsbild deckte sich fast vollkommen mit den I. bei innerer Verabreichung von Resorcin. Die lupöse Haut muss hier wohl geeignet gewesen sein, grössere Mengen von Resorcin zu resorbiren. Von dem kleinen Herde am Mons pubis ist dies auszuschliessen; bestand hier doch ein festes Narbengewebe, herrührend

von dem Holländer'schen Heissluftverfahren. Dagegen war die Haut am Rücken, wenn auch kein sichtbarer Defect bestand, sicherlich durch die längere Behandlung mit feuchten Kresaminverbänden und dann mit Resorcinverbänden und dann mit Resorcinpflastermull stärker macerirt und im Gefüge gelockert. Dazu kam die Ausdehnung des Herdes (über 600 qcm), die eine so starke Resorption im Zeitraume von  $\frac{3}{4}$  Stunde erklärlich macht.

(Berliner klin. Wochenschrift 1905 No. 33.)

## **Magen- und Darmkatarrhe. Die acuten Darm-**

**erkrankungen des Säuglings** bespricht Dr. B. Salge (Kgl. Universitätskinderklinik Berlin). Bei den alimentären Darmerkrankungen des Säuglings unterscheidet er zwischen *Dyspepsie* und *Enterokatarrh*. Für die *erstere* Affection genügt therapeutisch in den meisten Fällen eine Hungercur von 24 Stunden. Man giebt dem Kinde nur schwarzen russischen Thee (hellgelb), alle drei Stunden so viel als das Kind in gesunden Tagen Nahrung erhalten hatte, und gesüsst mit Saccharin. Wem dies zur Entleerung des Magendarmcanals noch nicht genügt, der gebe noch Calomel in Dosen von 2—5 cg dreimal hintereinander in zweistündigen Pausen. Ist so Magen- und Darminhalt entfernt, so empfiehlt es sich im allgemeinen, nicht gleich zur Milch zurückzukehren, sondern zur Mehl-nahrung überzugehen. Abgesehen von den ersten 2—3 Wochen ist es durchaus möglich, einem Kinde dünne Mehlabkochungen zu geben; bis zur sechsten Woche kann man diese Mehlabkochung 2—3%, später 5% geben. Für die allererste Lebenszeit kommt ja eigentlich überhaupt nur die Brust in Betracht. Wird es aber nothwendig, einem jungen Säugling eine einseitige Kohlehydraternahrung während einiger Tage zu geben, so ist dafür der Soxhlet'sche Nährzucker in 5%iger Lösung zu empfehlen. Hat man nach einer Mehldiaet von etwa drei Tagen einen dickbreiigen Stuhl erzielt, so kann man vorsichtig wieder zur Milch zurückkehren. Oft besteht andauernde Brechneigung und Appetitlosigkeit. In solchen Fällen, in denen der Magen besonders heftig alterirt ist, empfiehlt es sich, seine motorische Function festzustellen. Man giebt dem Kinde eine Mahlzeit von einem dem Alter und Gewicht angepassten Volumen und untersucht durch Ausheberung, ob der Magen zu der Zeit, wo eine neue Mahlzeit gegeben



werden soll, leer ist und freie Salzsäure enthält (Congo-papier). Ist dies nicht der Fall, so werden die Pausen vergrössert (bis zu fünf Stunden), was oft genügt, die Magenfunction zu heben. Wenn nicht, so macht man eine Magenausspülung mit 1%iger Lösung von Karlsbader Salz, die den Appetit oft überraschend hebt. Bei hartnäckiger Anorexie kann man auch von Pepsin und Salzsäure Gebrauch machen, oder von Bittermitteln, wie:

Rp. Tct. Strychni 1,0  
 Extr. fluid. Condurango 2,0  
 Tct. rhei. vin. 10,0  
 M. D. S. 3 mal tägl. 5 Tropfen  
 $\frac{1}{4}$  Stunde vor der Mahlzeit.

Namentlich bei älteren Säuglingen kann man auch einen kurzen Versuch (drei Tage lang) mit Orexin. tannic. 0,1 g dreimal täglich  $\frac{1}{4}$  Stunde vor der Mahlzeit machen. — Viel ernster ist der *Enterokatarrh.* Hier kommt es in erster Linie darauf an, den Collaps zu bekämpfen. Das Kind bekommt Campher in dreist grossen Dosen subcutan; 0,1—0,2 g im Beginn der Behandlung, 0,05—0,1 g zweistündlich wiederholt, haben oft auf die Herzhätigkeit glänzenden Erfolg. Die Nahrung wird sofort vollkommen ausgesetzt, zur Befriedigung des Durstes giebt man ganz kleine Mengen Thee. Dem drohenden Wasserverlust begegnet man durch subcutane Infusionen von zweimal täglich 125—150 cem 0,9%iger Kochsalzlösung, oder noch besser von einer Lösung 0,5 Kochsalz, 0,5 doppeltkohlensaur. Natron auf 100 Wasser. Sehr sorgfältige Behandlung erfordert die Temperatur des Kindes. Bei hohen Temperaturen sind kalte Einwickelungen geboten, bei Collapstemperatur Zuführung von Wärme; oft muss man zwischen beiden abwechseln. Ist es gelungen, den Collaps zu bekämpfen, so tritt die schwierige Frage der Ernährung heran. Als Princip muss hier gelten, fettreiche Nahrung durchaus zu meiden. In Anstalten greift man am besten zu entfetteter Frauenmilch. Wo solche nicht zur Verfügung steht, wird man neben dem tagelang fortgegebenen Thee nur ganz kleine Mengen, theelöffelweise, abgezogener Frauenmilch geben, soll dabei aber am ersten Tage auch 50 cem nicht überschreiten und von Tag zu Tag nur ganz langsam und vorsichtig steigen. Auch eine solche Cur lässt sich meist nur in der Klinik durchführen. Sonst muss man nach 2—3tägiger Fortführung der Theediaet eben zu dünnen Mehlabkochungen übergehen. Bei mässigen schweren Fällen

sah Autor leidliche Erfolge von Molke, deren frische Herstellung ziemlich einfach ist. Ein Quantum sehr guter roher Milch wird auf 40° erwärmt und mit Peginin, und zwar mit doppelt so viel als auf der Flasche angegeben, versetzt, durchgerührt, und bleibt in der Wärme stehen. Das Casein gerinnt zu einer gallertigen Masse, die den grössten Theil des Fettes mit einschliesst und eine helle Flüssigkeit, die Molke, auspresst. Von dieser Molke giebt man etwa vom dritten bis vierten Tage ab 20—50 ccm pro die und steigt allmählich. Auch hiermit ist es möglich, das Kind vor den Folgen des zu langen Hungerns zu bewahren, wenn auch die Resultate nicht so gut sind, als bei entfetteter Frauenmilch. Auf jeden Fall muss der Uebergang zur Milch äusserst vorsichtig geschehen und jede grössere Zuführung von Fett vermieden werden. Es eignen sich also für die Reconvalescenz besonders Buttermilch und mit einem Malzpräpnrat (z. B. Soxhlet's Nährzucker) zubereitete Michverdünnungen. — Die *Cholera infantum* ist nur die schwerste, acuteste Form des Enterokatarrrhs, und gilt das Gesagte auch für sie.

(Berliner klin. Wochenschrift 1905 No. 35.)

— **Flüssige Gelatine als Antidiarrhoicum und Stomachicum**

empfiehlt Dr. Erich Cohn (Medicin. Poliklinik Bonn) auf Grund zahlreicher Erfolge. Das Mittel bewährte sich bei Erwachsenen und Kindern (auch Säuglingen mit Brechdurchfall). Die Gelatine wirkt jedenfalls nach Art der mucilaginösen Substanzen, welche die Schleimhaut des Intestinaltractus auskleiden und vor weiteren schädlichen Einwirkungen von Seiten der Ingesta schützen. Aber nicht nur bei diarrhöischen Zuständen bewährte sich das Mittel, sondern auch bei Magenbeschwerden, und es dürfte auch bei Ulcus resp. Carcinom, bei Typhus, Dysenterie und dergl. günstige Wirkung entfalten, zumal bei herabgekommenen Personen und Kindern, wo es wegen seiner Harmlosigkeit und seines Nährwerthes (Leim!) besonders am Platze ist. Man muss verordnen:

Rp. Gelatin. 10,0  
Coque c. Aq. dest.  
per horas VI, ut remaneat fluida.  
ad 80,0. Filtra frigide.  
Adde  
Acid. citric. 1,0  
Syr. cort. aur. ad 100,0

S. 2 stdl.  $\frac{1}{2}$  Esslöffel  
(für Kinder).

Rp. Gelatin. 20,0  
Coque c. Aq. dest.  
per horas VI, ut remaneat fluida,  
ad 180,0. Filtra frigide.

Adde

Acid. citr. 2,0

S. 2 stdl. 1—2 Esslöffel  
(für Erwachsene).

(Die Therapie der Gegenwart, September 1905.)

### **Meningitis. Zur Behandlung der epidemischen Genickstarre**

macht Oberstabsarzt Dr. Sehrwald (Trier) die Mittheilung, dass er bei einem sporadischen, ziemlich schweren Falle Gelegenheit hatte, *Collargolsalbe* zu erproben, nachdem ein Monat lang alle übrigen Mittel stets nur mit vorübergehendem Erfolge angewandt worden waren und eine ausgesprochene Besserung sich nicht hatte erzielen lassen. Die Haut am Rumpfe wurde in üblicher Weise mit Seife und Spiritus gereinigt, dann täglich 7,5 g der Salbe (Erwachsener!) eingerieben. Ausgezeichneter Erfolg. Von der ersten Einreibung ab besserte sich der Zustand und nach 4 Einreibungen war Pat. frei von Beschwerden.

(Deutsche med. Wochenschrift 1905 No. 85.)

— Einen Beitrag zur Therapie der **Meningitis cerebrospinalis epidemica** liefert Dr. C. Menschig (Tost). 1895 hat Vohryzek einen Fall von Genickstarre publicirt, in welchem *Pilocarpin* (0,07:200,0 stündl. ein Esslöffel) sich bewährte. Menschig behandelte nun fünf Fälle (zwei Kinder zu vier Jahren, drei Kinder zu drei, sechs, neun Jahren) ebenfalls mit *Pilocarpin*; er gab aber mit Rücksicht auf das Alter der Kinder nur 0,03—0,04:200,0 Aq. dest. 1—2—3 stl. ein Kinderlöffel, dann wartete er mehrere Stunden, bis der Schweissausbruch, bis zu dem man das *Pilocarpin* gereicht hatte, wieder vorüber war, worauf das Medicament weiter gegeben wurde. Es wurde nie mehr als eine Flasche gegeben; Collaps trat nie auf. Es handelte sich um sehr schwere Fälle von Genickstarre, abgesehen von einem Falle. Nur ein Fall, welcher sich der Behandlung entzog, endete letal, die übrigen genasen vollständig. Die Wirkung des *Pilocarpins*, welches stets

starken Schweiss hervorrief, bestand wohl hauptsächlich in Herabsetzung des Gehirndruckes; vielleicht hat die bedeutende Wasserabgabe aus dem Blute eine Resorption der Cerebrospinalflüssigkeit zur Folge, und das Blut zerstört dann die Meningokokken und deren Toxine. Jedenfalls erscheinen weitere Versuche mit Pilocarpin am Krankenbett berechtigt.

(Medicin. Klinik 1905 No. 40.)

**Paralyse.** Ueber eine seltene Ursache einer Facialislähmung berichtet Dr. J. Meyer (Berlin). Pat. bemerkte eines Tages, aus dem Schläfe erwachend, dass sein Gesicht schief sei. Ausgesprochene Symptome einer rechtsseitigen peripherischen Facialislähmung. Am folgenden Tage Schmerzen hinter dem rechten Ohre. Im Ohr nichts Krankhaftes, dagegen bohnergrosse, sehr schmerzhaftes Drüsenanschwellung dicht unterhalb der Spitze des rechten Warzenfortsatzes und etwa handbreit darunter am Nacken ein Furunkel. Die durch letzteren angeschwollene Lymphdrüse sass also gerade an der Austrittsstelle des Facialis aus dem Foramen stylomastoideum und hatte durch Druck auf den Nerven die Lähmung erzeugt. Denn nach Incision des Furunkels und mit Abschwellung der Drüse begann bereits vom dritten Tage an eine Besserung der Lähmungserscheinungen, und nach vierzehn Tagen war Heilung eingetreten.

(Medizinische Klinik 1905 No. 33.)

— Eine isolierte Lähmung des rechten Nerv. musculocutaneus nach Tripper fand M. Bernhardt (Berlin) bei einem 26jähr. Kellner. Die Thatsache, dass die atrophische Lähmung im rechten Musculocutaneusgebiet im Gefolge einer Gonorrhoe eintrat, das Bestehen von Schmerzen und für die Affection des N. perforans charakteristischen Sensibilitätsstörungen lassen in diesem Falle die Annahme einer Mononeuritis im Gebiet des rechten N. musculocutaneus gerechtfertigt erscheinen. Warum gerade das genannte Muskelgebiet afficirt worden ist, lässt sich vielleicht durch die Beschäftigung des Pat. als Kellner erklären, insofern seine Beugemuskeln an den Oberarmen und besonders am rechten durch das stete Tragen von Speisen und Getränken stärker als sonst bei anderen Menschen in Anspruch genommen wurden. Der Fall zeichnet sich überhaupt dadurch von den bisher bekannten aus, dass nicht, wie in der Mehrzahl der Fälle, die Nerven der unteren

Extremitäten ergriffen waren, dass der degenerativ-atrophische Process nicht mit der Erkrankung eines Gelenkes zusammenhing, dass nicht eine Summe von Muskeln, wie z. B. die Schultergürtelmusculatur im Anschluss an ein Leiden der Schultergelenke ergriffen war, sondern dass es sich um eine isolirte, nur auf das Gebiet des N. musculocutaneus beschränkte infectiöse Neuritis handelte.

(Berliner med. Wochenschrift 1905 No. 35.)

- Ueber **schmerzhafte Paralyse der Kinder** lässt sich Dr. D. Galatti (Wien) aus. Das Leiden hat so charakteristische Erscheinungen, dass französische Autoren es als Krankheit sui generis beschrieben, als „Paralysie douloureuse des enfants“, während die deutsche Paediatric dies specielle Krankheitsbild als solches nicht kennt. Es handelt sich bei dem Leiden gewöhnlich um 3—5 Jahre alte Kinder; doch kommt es auch früher (event. schon im ersten Lebensjahre), ausnahmsweise nach dem fünften Lebensjahre zur Beobachtung. Die Kinder sind meist nervös veranlagt, hereditär belastet. Fast immer geht der Affection ein leichtes Trauma voraus: rascher Griff oder Zug am Arme, um das an der Hand gehaltene Kind vor einem Falle zu bewahren, eine Zerrung beim Turnen oder Spielen und dgl. löst den Symptomencomplex plötzlich aus. An das Trauma schliesst sich die Schmerzäusserung des Kindes sofort an, damit hört auch zugleich die active Bewegung des Armes, um den es sich hier in der Regel handelt, auf. Die Lähmung erstreckt sich anscheinend auf alle Muskeln des Oberarmes, des Vorderarmes, der Hand und vielleicht auf die vorne gelegene Schultermuskulatur. Der initiale Schmerz dauert fort, zumeist sich in der Schultergegend localisirend; meist gering, wird er durch passive Bewegungen verstärkt, manchmal erst wieder hervorgerufen. Die sonstige objective Untersuchung fällt gänzlich negativ aus. Schon nach zwei Tagen lässt die Schmerzhaftigkeit nach, ebenso die Bewegungsbehinderung; ist letztere ganz verschwunden, so sind auch die Schmerzen weg. Oft ist schon nach 48 Stunden völlige Restitutio in integrum eingetreten, meist geschieht dies aber erst nach 4—5 Tagen. Wir haben also als charakteristische Symptome das urplötzliche Einsetzen einer mit Schmerzhaftigkeit verbundenen Bewegungslosigkeit einer oberen Extremität bei Kindern ohne irgendeine nachweisbare anatomische Laesion, ferner den raschen Ablauf und steten Ausgang in Heilung. Differentialdiagnostisch kommen

hauptsächlich zwei Affectionen in Betracht. Die eine ist die von Ollier 1881 unter dem Namen „Entorse juxta-épiphysaire“ beschriebene partielle leichte Trennung der Epiphysen. Auch diese Krankheit entwickelt sich bei Kindern nach einer Zerrung der oberen Extremität, auch hier finden wir Schmerzhaftigkeit und Unbeweglichkeit, aber auch eine locale Schwellung, die bei der Paralyse douloureuse fehlt. Dann wäre das Initialstadium der spinalen Kinderlähmung noch zu berücksichtigen. Auch diese tritt plötzlich auf (aber nicht mit Fieber und Convulsionen!), freilich ohne vorausgehendes Trauma, ohne Schmerzhaftigkeit; bei der spinalen Lähmung handelt es sich ferner meist um eine Paraplegie der unteren Extremitäten. Also genug Unterscheidungspunkte! Wie kommt nun aber die Paralyse douloureuse zustande? Man nahm an, durch eine Laesion des Plexus brachialis. Dagegen spricht aber zu vieles. Autor möchte da vielmehr an die von Möbius beschriebene „Akinesia algera“ erinnern, die bei hysterischen und neurasthenischen Erwachsenen auftritt und darauf beruht, dass die Pat. den Gebrauch gewisser Muskeln gleichsam bewusst einstellen, weil die Bewegung derselben für sie mit Schmerz verbunden wäre. Als Analogon bei Kindern sieht Autor die Paralyse douloureuse an. Eine lebhafte Schmerzempfindung wird durch das Trauma ausgelöst, der Schmerz vielleicht durch eine kleine Zerrung, Blutung u. dgl. unterhalten. Ein nervöses Kind reagiert auf diesen sensiblen Reiz ungemein stark und stellt zur Vermeidung des Schmerzes die Bewegungen ein. Also der rein psychische Vorgang einer Hemmungserscheinung, eine specielle Localisation eines psychischen Vorganges, keine Krankheit sui generis. Für diese Auffassung sprechen auch folgende zwei Facta: Passive Bewegungen, welche bei Aufmerksamkeit des Kindes Schmerz hervorrufen, können schmerzfrei ausgeführt werden, wenn die Aufmerksamkeit abgelenkt wird. Und ferner: der Parallelismus von Schmerzhaftigkeit und Bewegungslosigkeit; letztere nimmt mit der Abnahme der Schmerzen ebenfalls ab.

(Wiener med. Wochenschrift 1905 No. 30 u. 31.)

**Pes valgus.** Heftpflasterverbände zur Behandlung des statischen Plattfusses empfiehlt Dr. G. Muskat (Berlin). Die Technik ist sehr einfach. Autor sagt darüber: „Der Fuss wird in möglichst gute Stellung (Dorsalflexion und Supination) gebracht und in dieser gehalten. Am besten sitzt der Patient und lässt den Hacken auf einem dem

Sitze gleich hohen Schemel ruhen, da dabei die Muskeln möglichst entspannt sind. Das verwendete Material ist 4 cm breiter Leukoplast Beyersdorff (Hamburg). Von der Innenseite des Fusses, und zwar vom Dorsum anfangend, geht der erste Streifen über den Fussrücken um den Aussenrand über die Fusssohle und am Innenrande des Fusses zur Innenseite des Unterschenkels bis hoch über die Wade hinauf annähernd bis in die Höhe der Tuberositas tibiae. Starkes Anspannen des Streifens ist sehr empfehlenswerth. Patient hält das Ende am Unterschenkel fest, während der zweite Streifen neben dem ersten und diesen nur wenig deckend angelegt wird. Man beginnt am besten in der Gegend des Os naviculare, muss dann aber natürlich, der Lage des Unterschenkels entsprechend, am Gelenk etwas nach hinten gehen. Auf diese Weise erhält man eine möglichst grosse Angriffsfläche am Fuss. Durch das Anziehen der Streifen liegen diese in der Gegend der Knöchel nicht fest an, sondern überspannen sie, um erst höher oben am Unterschenkel auf der Haut direct aufzuliegen. Eine fast circuläre Tour wird nun zur Befestigung am Ende des Streifens um den Unterschenkel gelegt, eine zweite, die auch fortgelassen werden kann, um die Mitte des Unterschenkels, eine dritte um die Gegend der Knöchel. Bevor diese angelegt wird, muss der andere Theil fest sitzen; es empfiehlt sich auch diesen festhalten zu lassen. Unter stärkster Anspannung wird diese dritte circuläre Tour in der Weise angelegt, dass die Längsstreifen fest an die Haut angepresst werden. So übt der Druck dieser circulären Tour einen gswaltigen Zug auf den Fuss, diesen in die gewünschte Stellung hineinhebelnd. Es ist geradezu erstaunlich, wie stark diese Wirkung gemacht werden kann. Ueber den Verband wird eine Mullbinde gewickelt, deren Richtung am linken Fusse nach rechts, am rechten Fusse nach links geht, um das Pflaster fester und andauernd an die Haut zu drücken und Verunreinigung des Strumpfes etc. durch die Pflastermasse, welche sich durch die Körperwärme etwas löst, zu verhüten. Der Verband bleibt 14 Tage liegen. Die Entfernung ist leicht, die anhaftende Pflastermasse wird mit Benzin abgerieben. Nöthigenfalls wird ein zweiter Verband angelegt. Während des Liegens des Verbandes lässt sich Massage über der Binde ausführen. Das Tragen einer Einlage empfiehlt sich bald nach Anlegung des Verbandes, ist aber nicht unbedingt erforderlich. Sehr wesentlich ist, dass Patient belehrt wird, wie er den



Fuss setzen soll, besonders nach Abnahme des Verbandes. Ist der Fuss fixirt, so wird durch feuchtwarme Einwicklung, heisse Bäder mit Sapo viridis (dreimal täglich je eine Viertelstunde), Hochlagerung, medico-mechanische Uebungen, Massage etc. die Beweglichkeit zu erreichen gesucht. Fälle, bei denen diese nicht — wenigstens in einigermaassen zufriedenstellender Weise — eintritt, sind für das Verfahren ungeeignet. Mit den Verbänden sollen folgende Störungen behoben werden:

1. Die Schmerzen und die Schwellung im und um das Fussgelenk durch dessen Fixirung — analog einem Gypsverbande;
2. Veränderung der Lage der Knochen der Fusswurzel, welche in pronirter Stellung sich befinden; diese sollten im Sinne der Supination redressirt werden und so dem Fussgewölbe die verlorene Gestalt und Function zurückgeben;
3. Verschiebung der Fussachse nach aussen, durch welche die Achse des Unterschenkels, die sonst annähernd die Mitte des Fussrückens trifft, stark seitlich nach innen herabfällt. Diese Achse soll durch Heranziehen des Fusses nach der Mittellinie und über diese hinaus nach der Innenseite zu wieder in die physiologische Lage gebracht werden;
4. die statisch falsche Inanspruchnahme des Fusses, der stark nach aussen gedreht ist. Der Patient soll in dem Verbande lernen, die Fussspitze geradeaus bzw. nach innen gekehrt zu setzen, um den inneren Fussrand zu entlasten und später diesen Gang beibehalten zu können. Dieser Factor ist von grosser Bedeutung, wird aber allzu oft von dem Patienten und auch von dem Arzte vernachlässigt. Die Patienten können in dem Verbande ihrer Thätigkeit nachgehen.“

„Es wird im allgemeinen beim Plattfuss äusserst wenig gethan, das einzige ist meist eine Ueberweisung an den Schuhmacher. Vielleicht bürgert sich die angegebene, leicht auszuführende Methode, die in annähernd 100 Fällen in diesem Jahre recht gute Erfolge ergeben hat, gerade in den Kreisen der Praktiker ein. Die Leichtigkeit des Verbandes, seine Billigkeit und die prompte und oft geradezu erstaunlich schnelle günstige Wirkung lassen den Wunsch berechtigt erscheinen, in den weitesten Kreisen von dem Verfahren Gebrauch zu machen.“



- **Ueber entzündliche Fettgeschwülste am Knie- und Fussgelenke** macht Dr. Karl Gaugele (Zwickau) folgende Mittheilung:\*) Vor einem Jahre berichtete Hoffa zum ersten Mal über ein neues Krankheitsbild, dessen anatomische Grundlage in einer fibrösen hyperplastischen Entzündung des unter dem Ligamentum patellae gelegenen Fettgewebes besteht. In ätiologischer Beziehung sind meist früher vorausgegangene Traumen zu beschuldigen, die häufig sehr geringfügiger Natur zu sein brauchen, so z. B. eine plötzliche oder heftige Rotation im Kniegelenke. Die Symptome sind ganz charakteristische und bestehen in Schmerzen, die gewöhnlich ganz plötzlich bei einer Bewegung des Gelenkes auftreten, verbunden mit leichter Ermüdbarkeit und geringer Bewegungseinschränkung. Eine, allerdings nicht hochgradige Atrophie der Quadricepsmuskulatur pflegt die genannten Erscheinungen zu begleiten. Die Beschwerden sind typische Einklemmungserscheinungen, wie sie ganz ähnlich durch Gelenkfremdkörper und Meniscusverletzungen hervorgerufen werden. Eine genaue Unterscheidung von den beiden letztgenannten Krankheiten dürfte häufig schwierig zu treffen sein. Bei der Untersuchung fällt zunächst auf, dass die beiden Furchen zu Seiten der Kniescheibe verstrichen sind. Doch besteht keine diffuse Kapselschwellung, sondern an Stelle der Kniefurchen finden sich etwas derb sich anfühlende, nicht scharf umschriebene Vorwölbungen, medial meist grösser als lateral. Das Röntgenbild eines Knies mit entzündlicher Fettgewebsbildung, in seitlicher Aufnahme mit weicher Röhre aufgenommen, zeigt uns einen leichten Schatten zwischen der Rückseite der Kniescheibe und den Gelenkknochen („rautenförmiger Fleck“ von Ludloff). Als Therapie empfiehlt Hoffa dringend die Operation, d. h. die Exstirpation des Tumors. Nach weiteren von Bêcher auf dem Chirurgencongress 1904 mitgetheilten Untersuchungen handelt es sich histologisch durchaus nicht um eine einfache Lipombildung, sondern um einen rein entzündlichen Process im Fettgewebe der Synovialis, welcher im mikroskopischen Bilde gewöhnlich in allen möglichen Stadien eines solchen, von der einfachen zelligen Infiltration bis zur Bindegewebsbildung zu erkennen ist. Eine besondere Bedeutung gewinnt die Krankheit durch ihre Aetiologie

\*) Der Wichtigkeit des Gegenstandes wegen bringen wir den ganzen Aufsatz wörtlich. Red.

für die Unfalllehre. In weniger ausgesprochenen Fällen, besonders dann, wenn die entzündliche Wucherung keine grössere Ausdehnung angenommen hat, wird man vielleicht geneigt sein, die von den Patienten angegebenen Beschwerden für simulirt oder wenigstens übertrieben zu halten, zumal da das Röntgenbild eine Knochenveränderung nicht erkennen lässt. So beobachteten wir in unserer Klinik einen typischen Fall, dessen Krankengeschichte ich hier näher anführen möchte: Frl. P., heute 23 Jahre alt, klagte bei ihrer Aufnahme im Anfange des Jahres 1903 über stechende Schmerzen in beiden Kniegelenken unterhalb der Kniescheibe bei längerem Gehen und Stehen. Ein Trauma war nicht vorausgegangen. Als Befund ergab sich leichtes Verstrichensein der Kniefurchen. Es bestand kein Erguss, keine Knochenverdickung, dagegen leichte Bewegungsbeschränkung in beiden Kniegelenken. Patientin war ausserdem anaemisch und machte den Eindruck nervöser Energielosigkeit. Die Vorwölbung der Kniefurchen wurde damals als Kapselverdickung mit Fettgeschwulstbildung angesprochen, derselben aber eine wesentliche Bedeutung nicht zugeschrieben. Die vorgebrachten Beschwerden wurden vielmehr als der Ausfluss einer Gelenksneurose (Hysterie) auf Grund einer Rentenspeculation betrachtet. Nach ca. achtwöchentlicher Behandlung mit Massage, Elektrizität und mediko-mechanischen Übungen wurde Patientin ohne wesentliche Besserung entlassen. Eine Rente wurde ihr nicht zugbilligt. In der Folgezeit erhob die Kranke wiederholt dagegen Einspruch mit dem Bemerken, es läge ihr nicht daran, eine Rente zu bekommen, sondern sie wünsche nur von ihrem Leiden befreit zu werden. Darauf wurde sie am 8. VI. 04 erneut unserer Klinik überwiesen. Auf Grund der Mittheilungen von Hoffa und Becher wurde dieses Mal der Patientin die Exstirpation der Fettgeschwülste vorgeschlagen und mit Einwilligung der Patientin an beiden Kniegelenken ausgeführt. Die Operation ergab derbe, umschriebene Fettgeschwülste von Kleinapfelgrösse, die im mikroskopischen Bilde genau den von Becher beschriebenen Befund wiedergaben. Der Verlauf war rechts glatt; links bildete sich nach dem ersten Aufstehen ein leichter Erguss im Gelenke, der aber nach mehrwöchentlicher Behandlung vollkommen verschwand. Die Patientin ist heute wieder ganz erwerbsfähig und beschwerdefrei. Bald darauf bot sich die Gelegenheit, noch drei weitere Patienten, bei denen sich

das oben beschriebene Krankheitsbild an leichte Traumen angeschlossen hatte, zu behandeln, wovon zwei mit gleich schönem Resultat operirt wurden; bei dem dritten musste in Folge auftretender schwerer Psychose die Behandlung unterbrochen werden. Als der Kranke nach Verlauf mehrerer Wochen sich wieder vorstellen konnte, war leider inzwischen eine Versteifung des Kniegelenkes zustande gekommen. Der Verlauf unserer Fälle zeigt die völlige Uebereinstimmung mit den Hoffa'schen Angaben. Der operative Eingriff war auch hier von günstigem Erfolge begleitet. Da andere therapeutische Maassnahmen beinahe völlig versagen und der Eingriff keine allzu grossen Gefahren bietet, wird man in ähnlichen Fällen wohl immer dem Patienten die Operation vorschlagen dürfen. Häufig genug wird die Ausführung der Operation ja vom Unfallpatienten verweigert werden. Auch wird man in der Auswahl der Fälle sehr vorsichtig sein, weil Unfallpatienten ziemlich häufig nach der Operation oder trotz derselben eine Besserung nicht zugeben, um dem Wegfall der Rente vorzubeugen; andererseits ist zu bedenken, dass Patienten mit diesem Leiden öfters auch ohne Operation ihre frühere Arbeit beinahe ohne Behinderung wieder verrichten können. Endlich ist die Möglichkeit nicht auszuschliessen, dass durch den Gelenkeingriff selbst neue Beschwerden dem Patienten erwachsen. Man wird sich deswegen in Fällen mit nur geringgradigen Beschwerden immer die Frage vorlegen, ob das Risiko der Operation und die Opfer an Mühe und Zeit durch den erreichbaren Erfolg aufgehoben werden. Liegen dagegen grössere Beschwerden vor, wird man den operativen Eingriff immer wagen dürfen. Uebrigens sind Exstirpationen solcher Fettgeschwülste auch früher schon ausgeführt worden, so von König, Sonnenburg, Heussner, Herhold, welche sie jedoch für gewöhnliche Lipombildungen gehalten haben. Analoge entzündliche Processe an anderen Körpergelenken sind unseres Wissens bislang nicht veröffentlicht worden. Wir halten es deswegen von allgemeinem Interesse, über zwei in unserer Klinik operirte Fälle von entzündlicher Wucherung des Fettgewebes am Fussgelenke zu berichten. Es war uns schon des öfteren aufgefallen, dass bei Patienten mit Plattfussbeschwerden nicht selten sich unter dem äusseren Knöchel eine bald mehr diffuse, bald mehr umschriebene Schwellung befindet. In erster Linie kann man dabei an Vorbuchtung der Gelenkkapsel nach theilweiser Zerreissung des Band-

apparates nach Distorsion denken. Oefters aber handelt es sich um genau dieselben entzündlichen Wucherungsprozesse im Fettgewebe der Gelenkkapsel, wie wir sie beim Kniegelenk kennen gelernt haben. Man wird ja in derartigen Fällen, in denen die Patienten über Schmerzen beim Gehen und Stehen unterhalb des äusseren Knöchels klagen, und bei denen sich sonstige Symptome eines Plattfusses finden, zunächst die übliche Plattfusstherapie einleiten und die Beschwerden durch Tragen rationeller Einlagen zu heben suchen. Dass diese Maassnahmen jedoch nicht immer ausreichen, dürften uns folgende zwei Fälle zeigen, die letztes Jahr in unsere Behandlung kamen. Im ersten Falle handelte es sich um eine Privatpatientin, 41 Jahre alt, aus den besten Kreisen. Ein ernsteres Trauma war nicht vorausgegangen. Die Dame klagte vor allem über Schmerzen im rechten Fuss, weniger im linken: den Hauptsitz der Beschwerden verlegte sie in die Gegend direkt unterhalb des äusseren Knöchels. Die sonst vollkommen gesunde Patientin von sehr gutem Ernährungszustande, zeigte den typischen vorsichtigen Gang von Kranken mit Plattfussbeschwerden; dabei klagte sie über häufiges Umknicken im Fussgelenke, ebenfalls hauptsächlich rechts. Das Fussgewölbe war beiderseits, rechts mehr wie links, ziemlich stark eingesunken, der Fuss in pronirter Stellung. Es gelang beiderseits unschwer, den Fuss zu redressiren. Unterhalb des äusseren Knöchels und etwas vor demselben fiel rechts eine umschriebene Weichtheilschwellung (Pseudofluctuation) auf. Patientin wurde nun zunächst mit Massage und Heissluft behandelt; ausserdem erhielt sie Plattfusseinlagen zusammen mit orthopädisch zweckmässigen Schuhen. Die Beschwerden besserten sich dabei ganz erheblich; so dass die Behandlung nach Verlauf von vier Wochen ausgesetzt werden konnte. Jedoch schon wenige Wochen später erschien die Kranke wieder und gab an, dass sie am linken Fusse keine Beschwerden mehr verspüre, rechts dagegen beständen noch immer Schmerzen, besonders wenn Patientin auf unebenem Wege gehe; dabei habe sie öfters plötzlich das Gefühl der Einklemmung unterhalb des äusseren Knöchels; nach einer solchen Einklemmung habe sie dann immer tagelang Schmerzen am rechten Fuss und könne nicht mehr andauernd gehen. In der Ueberzeugung, dass es sich in diesem Falle um eine Fettgeschwulstbildung handle, wurde der Kranken die Exstirpation derselben vorgeschlagen. Bei der Aus-

führung der Operation zeigte sich nun ein derber, rundlicher Tumor, welcher sich leicht ausschälen liess und in das Fussgelenk (Sprunggelenk) hineinragte. Die Geschwulst hatte die Grösse und Form einer Welschnuss. Ueberraschend war auch hier wie bei den Fettgeschwulstbildungen am Kniegelenk die auffallende Grösse der Tumoren, welche vor der Eröffnung mit dem Messer als bedeutend kleinere Gebilde imponirt hatten. Ihre Erklärung findet diese Thatsache darin, dass die Geschwulstmasse mit einem Theil in dem Gelenkinnenraum sich befindet und so der äusseren Betastung nicht zugänglich ist. Der Verlauf der Heilung war vollkommen glatt. Die Patientin konnte bereits nach acht Tagen mit einem leichten Zinkleimverband entlassen werden und damit herumgehen. Nach weiteren acht Tagen war die Kranke gänzlich beschwerdefrei und ist es bis heute geblieben; sie trägt noch Schuhe mit Plattfusseinslagen. Ganz ähnlich verhielt sich ein zweiter Fall. Er betraf einen jungen Mann von 18 Jahren; derselbe hatte sich eine leichte Verstauchung des Fussgelenkes zugezogen und behielt davon constant andauernde Beschwerden zurück. Die Schmerzen localisirten sich auch hier hauptsächlich unter dem äusseren Knöchel; ausserdem bestanden Druckschmerzpunkte an den Köpfchen des 2. und 3. Metatarsus. Nach  $\frac{1}{4}$  Jahr steigerten sich die Beschwerden derart, dass der Krankte aus seinem Berufe als Kaufmann herausgehen musste. Nachdem er alles Mögliche versucht hatte, kam Patient in unsere Klinik. Als Befund ergab sich bei dem jungen Menschen, der äusserst unzweckmässige Schuhe trug, beiderseitiger Knickfuss, ausserdem eine umschriebene Schwellung unterhalb des äusseren Knöchels an dem verstauchten Fusse. Zuerst wurde auch hier die sonst übliche Therapie eingeleitet, worauf eine leichte Besserung eintrat: die Schmerzen an den Metatarsusköpfen waren verschwunden, dagegen nicht die unter dem äusseren Knöchel. Als der Kranke nach seiner Entlassung wieder längere Wege machte, steigerten sich die Beschwerden, zugleich zeigten sich Einklemmungserscheinungen. Es wurde deswegen die Diagnose auf entzündliche Fettgewebswucherung gestellt und dem Kranken die Exstirpation angerathen. Die Operation ergab einen derben, über haselnussgrossen Tumor, welcher ebenfalls in den Gelenkraum hineinragte, sich aber leicht herausschälen liess. Der mikroskopische Befund entsprach in beiden Fällen dem von Becher

beschriebenen Bilde der entzündlichen Fettgewebswucherung. Die Heilung verlief auch hier ganz glatt. Patient ist heute beschwerdefrei. Nach Hoffas Angaben geht der entzündlichen Fettgewebswucherung meist ein, wenn auch geringfügiges Trauma voraus; auch unsere Fälle sprechen dafür, dass diese Fettgewebswucherung das Resultat einer traumatischen Reizung ist; letztere braucht aber nicht acuter Natur zu sein; so kann bei dem einer unserer Fälle (41jährige Patientin) das öfters sich wiederholende Umknicken des Fusses, welches durch die Plattfussbildung bedingt war, wohl den Anlass zu der entzündlichen Wucherung gegeben haben! Es kamen in den letzten Monaten in unserer Klinik noch mehrere Fälle mit Plattfussbeschwerden zur Behandlung, die die oben beschriebene Anschwellung unter dem äusseren Knöchelboten. Da diese jedoch einerseits weniger scharf hervortretend war, andererseits die Beschwerden durch die übliche Plattfussbehandlung manchmal beinahe gehoben wurden, wurde von einem operativen Eingriff abgesehen, zumal es sich meist um Unfallpatienten handelte. Es wäre sehr erfreulich, wenn unsere Erfahrungen auch von anderer Seite bestätigt würden. Es dürfte dann die Aussicht erhöht werden, auch jenen Patienten mit Plattfussbeschwerden, deren Beschwerden selbst durch eine gute Plattfusseinlage nicht völlig behoben werden konnten, Besserung bezw. Heilung zu schaffen. Endlich wäre es von grossem Interesse, nachzuforschen, ob nicht auch an anderen Körpergelenken noch solche Prozesse einer entzündlichen Fettgewebswucherung, die bisher eine andere Deutung erfahren haben, sich abspielen und die Ursache chronischer Beschwerden nach vorausgegangenen leichten Traumen sein könnten.

(Münchener med. Wochenschrift 1905 No. 30.)

### **Prostatahypertrophie. Die Behandlung der P. mit**

**Röntgenstrahlen** haben Dr. L. Moszkowicz und Dr. R. Stegmann (Rudolfinerhaus in Wien) mit Erfolg durchgeführt, und waren die Erfolge so prompte und rasche, dass man daraus schliessen durfte, dass das Gewebe der Prostata oder wenigstens ein Theil desselben ganz besonders empfindlich gegenüber den Röntgenstrahlen ist. Das Instrumentarium ist sehr einfach. Es wurde ein Kellysches Proktoskop von etwa 9 cm Länge benutzt. Expositionszeit im Durchschnitt 15 Minuten. Es wurden 2—3

Bestrahlungen in Abständen von 2—3 Wochen ausgeführt. Die Zahl von 3 Bestrahlungen brauchte nicht überschritten zu werden, da die Veränderungen an der Prostata sich schon eingestellt hatten und die prompte Reaction zur Vorsicht mahnte. Autoren bringen 6 Krankengeschichten. Dieselben zeigen, dass sich kurze Zeit nach der Bestrahlung unverkennbare Veränderungen einstellten, die in der ganz oder theilweise wiedergewonnenen Fähigkeit der Miction und noch verlässlicher in dem objectiven Palpationsbefund zum Ausdruck kamen. Die Prostata wurde in der 1. und 2. Woche nach der Bestrahlung weicher und etwas druckempfindlich. Während man vordem ein prall-elastisches Organ mit straff gespannter Oberfläche tastete, konnte man schon 9—12 Tage nach der ersten Bestrahlung einen Consistenzwechsel feststellen. Man fühlte weichere Partien neben derberen, offenbar die bindegewebigen Theile, die infolge des anzunehmenden Unterganges des Drüsenparenchyms deutlich tastbar geworden waren. Diese Erscheinung wurde nach Ablauf der Reaction der 2. Bestrahlung noch deutlicher. Die hühnereigrosse Prostata kann endlich, wie ein Fall zeigte, ein schlaffes, von der Umgebung nicht mehr abzutastendes Gebilde werden. Die bestrahlte Darmschleimhaut wies niemals Veränderungen auf, sodass man es also mit einer specifischen Wirkung der Strahlen auf die Drüse zu thun hat. Die Bestrahlung brachte aber auch gewisse Beschwerden. Fast alle Pat. klagten über vermehrten Harndrang und ein Gefühl von Schwere und Völle im Perineum, auch über Stuhldrang. Bei einigen Pat. schien eine schon vorher bestandene Cystitis einige Tage nach der Bestrahlung verschlimmert, die Eitersecretion nahm zu, mitunter zeigte sich Blut im Harn. Alle diese Beschwerden waren kurzdauernd und geringfügig, sie deuten aber immerhin auf einen Reizzustand der Gewebe, und es ist nicht ausgeschlossen, dass die Resorption so grosser Mengen chemisch wirksamer Substanzen auch allgemeine Erscheinungen auszulösen imstande ist. Bei 3 Pat. wurden stenocardische Anfälle, gepaart mit grosser Schwäche, beobachtet; auch nur vorübergehend. Nun könnte man ja das auch anders deuten. Handelte es sich doch um Greise, in deren Leben ein plötzlicher Umschwung eintrat, der an sich geeignet erscheint, in dem gebrechlichen Körper als Erschütterung zu wirken. Während sich die Pat. bis dahin regelmässig katheterisirten, mussten sie nun mit aller Anstrengung oftmals am Tage, sehr oft bei Nacht die Miction ver-

suchen, wurden auch oft durch den vermehrten **Harn** dazu gezwungen. Demgemäss besserten sich die allgemeine Schwäche und die Herzbeklemmungen in 2 Fällen mit Einführung eines Verweilkatheters für die Nachtstunden. Vielleicht gelingt es, durch kleinere Dosen um häufigere Bestrahlung die Beschwerden zu vermeiden. Jedenfalls kann man aber heut schon sagen, dass die bisherigen Erfolge und die Gefahrlosigkeit der Method eine ausgedehnte Anwendung derselben rechtfertigen.

(Münchener med. Wochenschrift 1906 No. 32.)

- **Eine Dauerbehandlung der Harnbeschwerden infolge Prostatahypertrophie mit Helmitol** führte Regimentsarzt Dr. Fr. Halhuber (Wien) durch und lernte dabei Helmitol als vorzügliches und unschädliches Mittel gegen die Harnbeschwerden und als ausgezeichnetes Harnantisepticum schätzen. Durch 17 Monate hindurch bekam der 78jährige Prostatiker das Mittel, das ohne jede Belästigung um Schädigung genommen wurde. Sobald die Behandlung ausgesetzt wurde, stellten sich die Beschwerden bald wieder ein, der Harn wurde alkalisch und trübe. Durch 2—4 Helmitoltabletten pro die wurde sofort diesem Zustand ein Ende gemacht.

(Wiener med. Presse 1905 No. 27.)

## **Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett. Lass**

**die Haltungsverbesserung bei Gesichtslagen einen besonderen Vorthail erwarten?** Diese Frage hat Prof. O. v. Herff (Basel) schon vor 12 Jahren wie folgt beantwortet: „Die Herstellung einer Beugehaltung ist bei Stirn- und Gesichtslagen stets, bei Gesichtslagen indess nur bei grosser Fruchtfehlerhafter Einstellung oder mässiger Beckenenge angezeigt.“ Also nur ausnahmsweise, sobald es zu einer Verzögerung der Geburt kommt, ist bei Gesichtslage Haltungsveränderung angezeigt. Autor kann jetzt, gestützt auf weit reichere Erfahrungen, immer noch auf diesem Standpunkt verharren. Er verfügt über fast 100 Fälle von Gesichtslage, 75 Geburten ohne Kunsthilfe mit 3 todtten Kindern (= 4%); 21 Geburten mit Kunsthilfe mit 6 todtten Kindern (= 28,5%) also 96 Geburten in Gesichtslagen mit 9 Kinderverlusten (= 9,3%); alle Mütter gesund entlassen. Bei den Autoren die für Haltungsverbesserung sind, findet man durchau keine besseren Resultate. Autor ist daher der Ansicht dass der prakt. Arzt Gesichtslagen gegenüber sich an



besten abwartend verhält; er wird, sofern er die gehörige Geduld besitzt, sorgfältig die Geburt überwacht, häufig nach den Herztönen horcht und nur auf wirkliche dringende Anzeige für Mutter und Kind hin eingreift — alles Dinge, die auch nach einer Haltungsverbesserung sorgfältig beobachtet werden müssen — mindestens die gleichen Ergebnisse für die Kinder erzielen, als wenn er principiell Haltungsverbesserung versucht, die selbst in geübten Händen in nahezu  $\frac{1}{4}$  aller Fälle, in der Praxis wahrscheinlich noch viel häufiger, versagt und in gar manchen Fällen überhaupt nicht ausführbar sein wird, ja selbst die Mutter gefährden kann. Autor schliesst: „Für die Hauspraxis muss ich daher bei Gesichtslagen dringend die abwartende Behandlung, in erster Linie weil sie gerade die beste Aussicht für Mutter und Kind gewährt, empfehlen, bei Stirnlagen jedoch den Versuch der Herstellung einer Hinterhauptslage und, wenn nicht möglich, die einer Gesichtslage, zumal dies leichter durch Herabziehen des Mundes durchführbar ist, nachdrücklich anrathen — stets unter sorgfältiger Beachtung der eingangs erwähnten Anzeigen und Gegenanzeigen und der Richtschnur, weiterhin nur bei dringender Anzeige zu operiren.“

(Münchener med. Wochenschrift 1905 No. 32.)

**Weitere Erfahrungen über die frühzeitige Hörbarkeit der foetalen Herztöne** hat Prof. O. Sarwey (Frauenklinik (Tübingen)) gesammelt, und er kommt auf Grund seiner Untersuchungen zu folgenden Schlüssen:

1. Die foetalen Herztöne sind nicht, wie allgemein angenommen wird, erst von der Mitte der Schwangerschaft ab, sondern schon von der 13. Schwangerschaftswoche ab mit derselben Regelmässigkeit wie in der zweiten Hälfte der Gravidität durch die Auscultation nachweisbar, und zwar sind sie so gut wie stets an einer bestimmten, eng umschriebenen, tief gelegenen Stelle der vorderen Uteruswand dicht über der Horizontalebene des unteren Muttermundes zu hören.

2. Zu diesem frühzeitigen Nachweis der foetalen Herztöne ist aber unbedingt erforderlich: ein normal functionirendes und in der Auscultation geübtes Gehör, völlige Ruhe im Untersuchungszimmer, grösste Geduld des Untersuchers, vollständige Entleerung der Harnblase mit dem Katheter und die Anlagerung der vorderen Uteruswand an die vordere Bauchwand, eventuell unter gleichzeitiger Elevation des ganzen Uterus in Verbindung mit tiefer

Einstülpung der Bauchdecken hinter der Symphyse mittels des Stethoskops.

3. Die praktische Bedeutung des geschilderten Auscultationsbefundes liegt in dem Umstande, dass wir mit dem Nachweise der foetalen Herztöne eine jede Täuschung ausschliessendes, absolut sicheres Schwangerschaftszeichen schon zu einer Zeit besitzen, in welcher uns andere ebenso sichere und ebenso constant vorhandene Zeichen noch nicht zur Verfügung stehen. Die frühzeitige Diagnose gewinnt hierdurch in allen Fällen von Schwangerschaft des 4. und 5. Monats an Sicherheit und wird ganz besonders in den nicht seltenen differential-diagnostisch schwierigen Fällen wesentlich erleichtert oder überhaupt erst ermöglicht.

(Deutsche med. Wochenschrift 1906 No. 33.)

- **Ueber die künstliche Unterbrechung der Schwangerschaft wegen starken Erbrechens und Schwindelsucht** giebt P. Ruge (Berlin) seine Ansichten zum besten. In Bezug auf die *Tuberculose* herrscht zum Theil noch die Meinung vor, dass man auf jeden Fall die Schwangerschaft opfern müsse. Man vergisst aber dabei, dass sehr häufig die Mutter gar nicht mehr zu retten ist. Man giebt also hier das Kind preis, ohne der Mutter einen genügenden Vortheil zu bringen. Allerdings ist ja ein Kind einer schwer tuberculösen Mutter arg gefährdet, aber es kommt doch vor, dass derartige Kinder sich gut entwickeln. Autor glaubt, dass man bei vorgeschrittener Tuberculose nur Rücksicht auf das Kind und nicht auf die Mutter zu nehmen hat. Es giebt aber Ausnahmen. Als maassgebend können die Beschwerden der Mutter in Betracht kommen. Dieselben können allerdings so erheblich sein, dass es eine Grausamkeit wäre, wenn man die Mutter noch längere Zeit sich mit der Schwangerschaft hinschleppen lassen wollte. Im Gegensatz zu den schweren, vorgeschrittenen Fällen von Tuberculose befinden sich alle diejenigen, bei denen der Process in den Lungen noch im Anfangsstadium sich befindet. Man würde hier den Frauen durch die Fortdauer der Schwangerschaft zu viel Zeit nehmen, die sie für die Wiedererlangung ihres Gesundheitszustandes benutzen könnten. Man würde auch wohl eine günstige Jahreszeit zur Wiedererlangung der Gesundheit durch Abwarten verstreichen lassen, während durch den künstlichen Abort sich der Arzt in die günstige Lage brächte, für die Gesundheit seiner Clientin etwas thun zu können. Autor resumirt sich dann bei der Frage, ob und wann

bei Tuberculose der Lungen der künstliche Abort eingeleitet werden soll, dahin, dass bei vorgeschrittener Tuberculose der künstliche Abort im Allgemeinen unterbleiben soll, weil der Frau doch nicht dauernd genutzt wird; nur arge Beschwerden, die voraussichtlich nach Unterbrechung der Schwangerschaft nachlassen, können hier den Eingriff rechtfertigen. Dahingegen fordern die Fälle von beginnender Tuberculose, bei denen noch Heilung der Mutter erwartet werden kann, zur möglichst frühzeitigen Unterbrechung der Schwangerschaft auf. Was das *unstillbare Erbrechen* anbelangt, so ist hier das Richtigste, sich nach dem Allgemeinbefinden zu richten. Die Pat. können trotz sehr heftigen Erbrechens, trotz Abmagerung sich verhältnissmässig wohl und kräftig, sich guter Dinge fühlen; sobald aber das Allgemeinbefinden nachlässt, sich ein Kräfteverfall bemerkbar macht, dann soll man trotz aller sonstigen noch guten Zeichen die Rücksicht auf das Kind nicht zu weit treiben, dann ist der Zeitpunkt gekommen, wo nur noch die Rücksicht auf die Mutter maassgebend ist.

(Berliner klin. Wochenschrift 1905 No. 38.)

— **Ueber einen neuen wirksamen, wasserlöslichen Bestandtheil des Mutterkorns** macht Prof. Dr. E. Vahlen (Pharmakolog. Institut Halle) Mittheilung. Dieser Stoff, vom Autor *Clavin* genannt, hat, wie zunächst Thierexperimente zeigten, folgende Eigenschaften: Er erzeugt weder Gangraen noch Krämpfe, ist in Wasser löslich, ruft kräftige Wehen hervor. Seine Brauchbarkeit für die Geburtshülfe wurde bereits in der Frauenklinik der Charité in Berlin und in der Frauenklinik in Halle an einigen Fällen erwiesen. Nach subcutaner Injection von 0,01 Clavin in 2%iger wässriger Lösung, event. erst nach Wiederholung dieser Dosis, traten bei Wehenschwäche kräftige Wehen ein. Clavin ruft weder unangenehme allgemeine Nebenerscheinungen, noch locale Reizung hervor. Die wässrige Lösung muss allerdings jedesmal frisch angefertigt werden. Autor hat aber auch bei Merck Tabletten anfertigen lassen, und zwar zwei Sorten:

1. *Kochsalzclavintabletten*. Jede besteht aus 0,02 Clavin und 0,08 Kochsalz und löst sich in 1 ccm Wasser. Sind zur subcutanen Injection bestimmt. Man beginne mit 1 ccm.

2. *Clavintabletten aus Zucker*, auch jede mit 0,02 Clavin. Für innerliche Verabreichung bestimmt.

(Deutsche med. Wochenschrift 1905 No. 32.)

### **Sepsis, Pyaemie. Zur Kenntniss der otitischen Pyaemie**

liefert Dr. P. Stenger (Königsberg i. P.) einen sehr interessanten Beitrag. Er beschreibt den Fall einer 24jährigen Pat. und schliesst hieran folgende Epikrise:

„Die Pat. kommt, nachdem seit etwa acht Tagen Ohrschmerzen und Kopfschmerzen bestanden haben, zur poliklinischen Behandlung mit den Erscheinungen einer nicht complicirten fieberlosen Otitis media beiderseits. Bei der sofort ausgeführten Paracentese entleerte sich seröses Exsudat. Am nächsten Tage auf dem Wege zur Klinik setzte sich Pat. in erhitztem Zustande gelegentlich eines rauhen Schneesturms einer, heftigen Erkältung aus und erkrankt am folgenden Tage mit einer Angina unter allgemeinen influenzaartigen Krankheitserscheinungen mit lebhaften Kopf-, Hals- und Gliederschmerzen. Ohne Nachlass der allgemeinen Beschwerden bildet sich die Angina local zurück. Das Fieber lässt für einen Morgen nach, um sofort Abends wieder anzusteigen unter rechtsseitigen Ohrbeschwerden. Bei continuirlichen hohen Temperatursteigerungen bis 40,9 nehmen die Allgemeinbeschwerden sowie die localen Druckschmerzen am Warzenfortsatz zu, sodass die Eröffnung des Warzenfortsatzes vorgenommen wird. Bei der Operation zeigt sich der Warzenfortsatz kleinzellig infiltrirt. Der Sinus wird, um alles infectiöse Material aus seiner Nachbarschaft zu entfernen, völlig bis zur Umbiegung vom Bulbus freigelegt und punktiert. Die Punction ergiebt flüssiges Blut. Die bakteriologische Untersuchung des die Zellen des Warzenfortsatzes durchsetzenden Eiters zeigt Streptokokken in Reincultur, der Sinusinhalt erweist sich als völlig steril. Die Untersuchung des primären Ohreiters hatte Staphylokokken ergeben. Nach der Operation bestanden die pyaemischen Fieberscheinungen, mit vorübergehendem Nachlass weiter. Die Temperatur stieg auf 40°, gleichzeitig traten heftige Schmerzen und Schwellung des rechten Kniegelenks und rechten Handgelenks auf. Nach Beobachtung eines leichten Schüttelfrostes mit nachfolgender Temperatursteigerung auf 40,4 wurde nunmehr, trotzdem bei einem vorgenommenen Verbandwechsel durch ausgeführte Probepunction in dem Bulbus flüssiges Blut gefunden war, die Unterbindung der Jugularis mit völliger Freilegung des Bulbus beschlossen. Gleichzeitig wurde das rechte Kniegelenk von aussen breit incidirt und auf der Innenseite eine Gegenöffnung angelegt. Es entleerte sich reichlich mit Flocken durchsetzter Eiter. Nach Freilegung des Bulbus

und Unterbindung der Jugularis fand sich der Bulbus mit flüssigem Blut angefüllt. Nach der Operation trat kein Temperaturabfall ein, vielmehr bildete sich eine schmerzhafte Schwellung des linken Schultergelenkes aus. Während das rechte Kniegelenk ausheilte, hielt die schmerzhafte Schwellung des rechten Handgelenks und linken Schulter- und Fussgelenks unter lebhaften Fieberbewegungen noch längere Zeit an, um allmählich, scheinbar beeinflusst nach energischer Einreibungscur mit Ungt. *Crédé* abzuheilen. Der Fall giebt ein überaus klares Bild einer mit Streptokokken Angina beginnenden Septikopyaemie. Die völlig gutartig verlaufende Ohreiterung bildet sich durch Hinzutritt einer Angina zu einer mit lebhaften entzündlichen Erscheinungen und schweren Allgemeinsymptomen einhergehenden Mastoiditis aus, der in schnellem Zuge schwere Gelenkerkrankungen folgen. Diese konnten zunächst so aufgefasst werden, als ob sie von der Ohrerkrankung ausgingen. Wenn auch der Sinus völlig freigelegt war und selbst gesund erschien, auch sein Inhalt bei bakteriologischer Untersuchung sich steril erwies, so konnte doch von dem nicht freigelegten Bulbus aus die weitere Infection erfolgen. Die zunächst vereinzelte Infection des rechten Kniegelenkes konnte noch als verspätete Infection aufgefasst werden. Als aber metastatische Entzündungen im Hand- und Fussgelenk auftraten, war die Annahme berechtigt, dass von einem Punkt der Sinusbahn eine andauernde weitere Infection erfolgen müsse. Bemerkenswerth war, dass die Krankheitserscheinungen weniger den pyaemischen Charakter als den septikaemischen mit andauernd hohem Fieber ohne Schüttelfröste darbot und deshalb den Verdacht einer mit der Angina im Zusammenhang stehenden schweren allgemeinen septikaemischen Infection aufkommen liessen. Um aber einer etwa vom Bulbus ausgehenden Infection entgegenzutreten, wurde die Unterbindung der Jugularis und Ausräumung des Bulbus beschlossen. Bei der Freilegung der Jugularis am Halse fanden sich vom Kieferwinkel ausgehend, an den Gefässen entlang und diese bedeckend, zahlreiche, bis bohnergrosse, frisch entzündlich geschwollene Drüsen. Die Jugularis selbst war intact, und staute sich der freigelegte Bulbus voll auf. Das aus demselben durch Punction entleerte Blut war steril. Der Erfolg der Operation war negativ. Selbst die Entleerung des rechten Kniegelenks und der dadurch bedingte Temperaturnachlass wurde durch eine Neuerkrankung des linken Schultergelenks und rech-

ten Fussgelenks wieder paralytisch. Der weitere Verlauf der Erkrankung bietet nichts besonderes mehr insofern, als ohne weitere Complicationen bei länger anhaltender hoher Temperatur die Gelenkerscheinungen allmählich ausheilten. Bei der Beurtheilung des vorliegenden Falles ist von grösster Wichtigkeit der Umstand, dass die Angina im Verlauf einer acuten anscheinend harmlosen Ohrentzündung einsetzte und klinisch als eine solche mit allgemeinen schweren Krankheitserscheinungen beobachtet wurde. Durch diese Angina wurde nicht nur eine Neuinfection der bestehenden Ohreiterung bedingt, sondern von ihr gingen auch die schweren Gelenkentzündungen aus. Aetiologisch lässt sich der Zusammenhang insofern nachweisen, als in dem Eiter der ursprünglichen Ohreiterung nur Staphylokokken als Erreger sich nachweisen liessen, während sowohl in den Tonsillarpfröpfen, in den eitrigen Zellen des Warzenfortsatzes und in dem Gelenkeiter überaus virulente Streptokokken gefunden wurden. Unzweifelhaft würde der Fall eine andere Beurtheilung erfahren, wenn die Beobachtung erst im Verlaufe der acuten Mastoiditis eingesetzt hätte. Es würde als erstes Glied in der Beobachtungsreihe die richtige Beurtheilung der acuten Ohrentzündung als einer Staphylokokkeneiterung gefehlt haben. Man würde ohne weiteres versucht gewesen sein, die schweren septikaemischen Erscheinungen auf die Mastoiditis und eine Sinusphlebitis als ursächlichen Ausgangspunkt zurückzuführen und würde den Fall zu der grossen Zahl derjenigen gerechnet haben, wie sie als Pyaemien oder Septikaemien im Anschluss an eine acute Mastoiditis ohne objectiv nachweisbare Erkrankung des Sinus beschrieben werden, in denen man aber die Sinusblutbahn durch ihre Nachbarschaft mit dem erkrankten Warzenfortsatz als Ursache der Krankheitsverschleppung ansieht. In Wirklichkeit aber liegt die Ursache der allgemeinen Infection nicht in der Erkrankung des Warzenfortsatzes, sondern in einer vorausgegangenen Angina, beziehungsweise anderen Infection, in deren Verlauf die Erkrankung eines Warzenfortsatzes nur ein Glied bildet. Es ist diese Thatsache überaus wichtig zur Beurtheilung der gleichzeitig oder im Anschluss an acute Mastoiditiden auftretenden pyaemischen Erscheinungen und des Werthes der Jugularisunterbindung, die in vorliegendem Falle auf den Verlauf der Krankheit keinen Einfluss hatte. Es bestätigt das meine schon öfters geäusserte Auffassung, dass pyaemische Erscheinungen nach acuten Eiterungen anders beurtheilt werden müssen, als solche nach chronischen Eiterungen.“

- Ein gonorrhöisches Erythema nodosum bei einem Knaben nach intravenöser Collargolinjection geheilt hat Dr. O. Hermann (Kinderklinik Heidelberg). Er fand bei einem vierzehnjährigen gonorrhöischen Knaben ein mit Fiebererscheinungen und Gelenkschmerzen einhergehendes gemischtes Exanthem. Es kamen in erster Linie zur Beobachtung flachpapulöse Efflorescenzen, die zum Theil ein centrales Bläschen zeigten, zum Theil genau wie Typhusroseolen aussahen. Die Papeln waren äusserst wenig über das Hautniveau erhaben, gegen die gesunde Haut scharf abgegrenzt, zartrosa bis roth, stecknadelkopfbis fünfpennigstückgross, polsterartig derb, lediglich in der Cutis sitzend, daher verschieblich. Beim Abblassen hinterliessen einige für ein paar Tage eine leicht bräunliche Pigmentirung. Die im Centrum aufschliessenden stecknadelkopfgrossen, hellgelben Bläschen trockneten bald ein oder wurden abgekratzt. Die Efflorescenzen waren weder juckend noch schmerzhaft. Neben diesen in den oberflächlichen Hautparthieen sich localisirenden Exanthemen fanden sich grössere, unbewegliche, subcutane Knoten. Sie weichen vom gewöhnlichen Bilde des Erythema nodosum nur wenig ab: durch den vorwiegenden Sitz in der Nähe oder über Gelenken, die zarte blassrothe oder leicht bläulichrothe Färbung, die oft unregelmässige langgestreckte Form, durch ihre geringe Schmerzhaftigkeit. Sie verschwanden in ein bis vier Tagen ohne Farbenveränderung, ohne zurückbleibende Pigmentirung, wie das auch beim gewöhnlichen Erythema nodosum zuweilen vorkommt. Drittens sah Autor eine diffuse, blasse, teigige, schmerzhaft Weichtheilsschwellung, ganz der bei Henoch'scher Purpura öfter beobachteten Form entsprechend. Diese seltene Mischung von Erythema exsudativum multiforme und Erythema nodosum, beide mit Abweichungen vom gewöhnlichen Bilde, musste auffallen. Als nun durch genaue Untersuchung, mehr zufällig, die Gonorrhoe beim Pat. entdeckt war, erhob sich sofort die Frage, ob es sich nur um ein gelegentliches Zusammentreffen, oder um aetiologische Beziehung der Gonorrhoe zur Hauterkrankung handelte. Nun sind ähnliche Fälle von Hauteruptionen als gonorrhöische bereits beschrieben worden. Auch ist man in neuerer Zeit bestrebt, die Erscheinungen des Erythema exsudativum multiforme auf die Wirkung von Toxinen, die des Erythema nodosum im wesentlichen auf directe bakterielle Reizwirkung bezw. Embolien zurückzuführen. Die Combi-



nation beider Exanthemformen im obigen Falle wäre damit vereinbar, da einerseits die Gonokokken Toxine bilden, andererseits auch mehrfach im Blute selbst Gonokokken nachgewiesen sind. Nicht immer war freilich in den analogen Fällen der Litteratur das Bild der S. vorhanden. Bei obigem Pat. trat nun nach einmonatlicher Krankheit völlige Genesung ein, und zwar ganz plötzlich im Anschluss an eine intravenöse Collargolinjection (3 g einer 2%igen Lösung). Unmittelbar darauf trat Entfieberung ein und die vorher immer wiederkehrenden Erscheinungen seitens der Gelenke und der Haut waren mit einem Schlage beseitigt, sodass hier wohl kaum von einem Zufall die Rede sein kann. Diese Injection, sowie eine gleiche fünf Tage später aus prophylaktischen Gründen wiederholte verlief trotz der für das Alter ziemlich hohen Dosis ohne jede Nebenerscheinung. Autor hält sich daher für berechtigt, zu den Indicationen für die intravenöse Collargoltherapie die gonorrhoeische S. und gewisse gonorrhoeische Exantheme hinzuzufügen, speciell wo durch das Auftreten von Erythema nodosum der Verdacht gestützt wird, dass nicht nur Toxine, sondern auch Mikroorganismen im Blute kreisen.

(Münchener med. Wochenschrift 1905 Nr. 36.)

**Tuberculose.** In seinem Artikel **die Behandlung der Kehlkopftuberculose** hebt Dr. Hamm (Braunschweig) hervor, dass man in schweren Fällen progredienter Lungenkrankung am besten jedes locale Eingreifen unterlässt und auch das die Kranken anstrengende Inhaliren verbietet; man beschränke sich in solchen Fällen auf die Ordination von narkotischen Mitteln und suche durch Einblasen von Orthoform oder anderer local wirkender Substanzen die Benutzung von Morphinum möglichst hinauszuschieben. Die einfachste locale Therapie sonst ist das Inhaliren. Autor bevorzugt dabei den *Perubalsam*, den er nach dem Recept von Moritz Schmidt — Balsam. peruv. 10, Spirit. vin. 5, dreimal täglich 15 Tropfen — auf einen Topf mit kochendem Wasser oder Camillenthee schütten und nun durch eine lange Papierröhre einathmen lässt. Man sieht in leichteren Fällen von sogen. tuberculösem Katarrh oft ein sehr promptes Zurückgehen des Leidens. In schwereren Fällen, wo schon derbere Infiltrationen oder Geschwüre bestehen, kommt man damit nicht aus. Vom Aetzen und Operiren (scharfe Curette)



kommt man immer mehr zurück, man strebt danach, die Spontanheilung zu unterstützen. Auch Autor operirt fast gar nicht mehr, zumal er ein Mittel schätzen gelernt hat, das die Spontanheilung sehr oft zustande bringt: den Lippspringer Arminiusbrunnen. Von diesem Brunnen sah er eine ganze Reihe von Besserungen und Heilungen, auch in Fällen, die operativ ohne Erfolg in Angriff genommen worden waren; Appetit und Allgemeinbefinden hoben sich und die localen Krankheitsprocesse verschwanden mit überraschender Schnelligkeit.

(Therap. Monatshefte, Juli 1905.)

- **Therapeutische Erfahrungen**, die sich hauptsächlich auf *Kehlkopftuberculose* beziehen, publicirt Doc. Dr. Egm. Baumgarten (Budapest). Bei Kehlkopfkatarrhen Tuberculöser verwendet er seit vier Jahren das *Protargol* mit gutem Erfolge; die 3—5%ige Lösung wird fast immer gut vertragen und bewirkt recht oft Besserungen. Ungemeinen Nutzen ziehen tuberculöse Kehlkopfkranken vom *Orthoform* und *Anaesthesin*; beide thun manchmal Wunder. Autor sagt darüber:

„Bei jenen tuberculösen Kehlkopferkrankungen, bei welchen die Patienten wegen der peinlichen Schlingbeschwerden lieber hungern, also bei den Infiltrationen der Epiglottis und der aryepiglottischen Falten, verwenden wir diese Mittel täglich, und nach mehrjähriger Erfahrung kann ich hervorheben, dass die Einblasungen des Originalmittels auf die kranken Stellen sich am wirksamsten erwiesen haben, jedoch unter der Bedingung, dass man den ganzen kranken Bezirk mit einer dichten Pulverschichte bedeckt. Man darf ja nicht mit dem Mittel sparen und sich mit der Behandlung beeilen, sondern bei Controlle mit dem Spiegel 5—6 mal einblasen, und zwar so lange, bis wir an jeder kranken Stelle das Mittel sehen. Wenn wir diese Vorsichtsmaassregel nicht beachten, ist der Erfolg kein guter, ja sogar in manchen Fällen gleich null. Ich habe bei monatelanger Behandlung und bei täglich mehrmaliger Anwendung von beiden Mitteln niemals eine Infection bemerkt. Es ist schwer, zu entscheiden, welches Mittel das hervorragendere ist; dies kann man nur so im Allgemeinen beurtheilen. Auch hier habe ich erfahren, dass oft individuelle Einflüsse massgebend sind, da einzelne Patienten das Orthoform, andere das Anaesthesin besser vertragen, jedoch scheint auch die Localisation der Erkrankung eine Rolle zu spielen. Im allgemeinen habe ich erfahren, dass die

Wirkung des Orthoforms eine bessere ist, dass das Orthoform auf der Schleimhaut länger haften bleibt und länger als Deckpulver wirkt, weshalb es auch, wie ich in einigen Fällen beobachtete, eine locale Besserung herbeiführen kann, möglich aber auch deshalb, weil es auch eine antiseptische Wirkung hat. Das Orthoform hat bei einigen Patienten leichtes Brennen verursacht. In den schwersten Fällen von Dysphagie haben die Schlingbeschwerden unmittelbar nach der Einblasung, wenn sie auch nicht ganz verschwanden, wenigstens doch so nachgelassen, dass die Patienten Flüssigkeiten oder breiige Speisen zu sich nehmen konnten; in diesen schweren Fällen hat das Anaesthesin mich manchmal im Stich gelassen. Dagegen hat das Anaesthesin in anderen Fällen seine Wirkung auch durch vier bis fünf Stunden beibehalten; eine so lange Wirkung habe ich beim Orthoform nie beobachtet. Ferner hat das Anaesthesin, wenn locale Schmerzen vorhanden sind, auch diese wesentlich beeinflusst, ja dieselben manchmal ganz beseitigt, weshalb auch der Name Anaesthesin ein berechtigter ist. So wie bei anderen Mitteln ist auch bei diesen nöthig gewesen, nach längerer Anwendung das eine Mittel durch das andere zu ersetzen. In einigen Fällen habe ich vor dem Speisen Orthoform, am Abend Anaesthesin mit sehr gutem Erfolge verwendet.“

Ferner entnehmen wir der Arbeit folgende Stellen:

„Eine weitere gute Wirkung des Protargols habe ich bei den trockenen Katarrhen des Nasenrachenraumes gefunden, besonders bei jenen Formen, die ich bei Frauen im Climacterium schon beschrieben habe. Pinse- lungen des Nasenrachenraumes mit 5% Lösung erzielten in vielen Fällen ein Verschwinden oder eine wesentliche Besserung des oft peinlichen Trockenheitsgefühles.“

„Im letzten Jahre habe ich bei krampfartigen Husten- anfällen, wenn ausser Katarrh auch andere nervöse Er- scheinungen vorhanden waren, ferner bei den Husten- anfällen, deren Ursache Tabes oder Aneurysmen waren und bei denen Lähmungen bestanden, Orthoform-Tannin oder Anaesthesin-Alumnol zu gleichen Theilen mit sehr gutem Erfolg eingeblasen. Bei einigen Kranken sistirten die Hustenanfälle durch vier bis fünf Stunden und auch darüber. Bei einem tabetischen Kranken wurden dadurch die häufigen Larynxcrisen bedeutend eingeschränkt. Bei zwei Patienten, die linksseitige Recurrenslähmung im zweiten Stadium haben — bei einem nachweisbares

Aneurysma, beim anderen Arteriosklerose — muss ich schon das zweite Jahr in kleineren oder grösseren Intervallen, wenn solche Hustenkrämpfe auftreten, durch einige Zeit diese Einblasungen machen. Bei Rhinitis nervosa, bei der sogenannten secretorischen Form, habe ich, wenn das Protargol keine Wirkung hatte, von Orthoformpulvereinblasungen in die Nase in manchen Fällen gute Erfolge gehabt. Das lästige Nasenfließen hörte für einige Stunden gänzlich auf. Bei einem Patienten verordnete ich deshalb zeitweiliges Aufschnupfen des Pulvers und dieser Patient konnte nicht genug die wundervolle Wirkung des Mittels rühmen. In diesen Fällen war die Rhinitis nervosa acut aufgetreten, in den chronischen Fällen hat mich das Orthoform mehrfach im Stiche gelassen, bei diesen hatte ich mit Adrenalin in manchen Fällen Erfolge. In einigen Fällen habe ich Orthoform mit Adrenalin gemischt und war damit sehr zufrieden.“

(Klinisch-therap. Wochenschrift 1905 No. 31.)

### **Ulcus cruris. Zur ambulanten Behandlung des U.** em-

pfehlt Dr. Moos (Heilbronn) warm die *Leukoplast*-Behandlung nach den Vorschriften Baynton's, die er seit einem Jahre mit bestem Erfolge ausführt. Die 3,75 cm breiten Streifen einer Beiersdorf'schen Leukoplastrolle werden möglichst glatt unter gleichmässig leichtem Zuge herumgelegt und zwar so, dass die freien Enden sich auf der Vorderseite des Unterschenkels bzw. Fusses kreuzen, wobei die einzelnen Streifen sich dachziegelförmig decken. Je nach der Lage des Ulcus muss die Anordnung der Streifen modificirt werden. So beginnt man zuweilen an der Fusssohle und lässt die Enden über dem Unterschenkel sich kreuzen, im Verlaufe des Verbandes kann man sich aber auch genöthigt sehen, im unteren Drittel des Unterschenkels zu beginnen und die Enden auf dem Fussrücken sich kreuzen zu lassen. Die Hauptsache ist, dass das Ulcus und seine Umgebung distal und proximal einem gleichmässigen Drucke ausgesetzt wird. Anfänglich legt man auf die Geschwürsfläche eine mit schwach verdünnter essigsaurer Thonerdelösung getränkte Verbandgaze-Compress, die man aber bald weglassen kann. Verbandwechsel nach drei bis vier Tagen, später ein bis zweimal wöchentlich.

(Die Therapie der Gegenwart, August 1905.)

- **Ueber Verwendung des Balsam. peruvian. bei Behandlung von Wunden und chronischen Unterschenkelgeschwüren** macht Dr. Aronheim (Gevelsberg) Mittheilung. Autor wendet Balsam. peruv. jetzt ständig bei sämtlichen Wunden an, insbesondere bei den Riss-Quetschwunden der Fabrikarbeiter. Zuerst wird die Wunde gründlich gereinigt mit Aether und:

Rp. Acid. boric. 3,0  
 Cocain. hydrochloric. 0,2  
 Paranephrin.  
 Perhydrol. aa 3,0  
 Aq. dest. ad. 300,0.

Sodann wird ein Stück Vioform- oder Airolgaze breit über die Wunde gelegt, bestrichen mit:

Rp. Balsam. peruv. 5,0  
 Paranephrin. 2,0  
 Lanolin ad 30,0.

Am nächsten Tage lässt sich der Verband, der niemals der Wunde fest anklebt, ohne Schmerzen entfernen: die Wunde ist trocken und heilt ohne Eiterung in überraschend kurzer Zeit. Das lästige Aufweichen der Verbände fällt gänzlich weg. Besonders angenehm ist dies bei genähten Wunden. Sehr schöne Erfolge sah Autor bei Decubitus, Panaritien, Dammrissen und chronischem U. Bei letzterem konnte Autor mit Bals. peruv. stets in einigen Wochen Heilung erzielen. Er benutzte hier folgende Salbe:

Rep. Arg. nitr. 0,3  
 Bals. peruv. 5,0  
 Paranephrin. 2,0  
 Ung. Diachyl. ad 50,0

Vor Anwendung derselben wurde das U. nach einem Fussbade mit 3%igem Perhydrol gereinigt, der Salbenverband in erster Zeit täglich, dann dreimal wöchentlich gewechselt. Schon nach kurzer Anwendung zerfielen die oberflächlichen Schichten schlaffer Granulationen, und es kam zur Bildung frischer Granulationen, sodass die Ueberhäutung in vier bis sechs Wochen erfolgte.

(Münchener med. Wochenschrift 1905 Nr. 37.)

# Excerpta medica.

Kurze monatliche Journalauszüge

aus der gesammten Fachliteratur

zum Gebrauch für den praktischen Arzt.

Herausgegeben von *Dr. med. Eugen Graetzer in Sprottau.*

Verlag von Carl Sallmann, Leipzig.

*Dezember*

*XV. Jahrgang*

*1905.*

## **Anaesthetie, Narkose.** Die Localanaesthetie in der

**Zahnheilkunde** bespricht Zahnarzt L. Rosenberg (Berlin), der jetzt sich des *Cocain-Adrenalin*s bedient. Er schreibt: „Hatte ich sieben Jahre vorher meine in gleicher Weise angestellten Versuche mit 1 bis 2proc. Cocainlösungen wegen mangelhafter Resultate aufgegeben, so gelang es jetzt infolge der bedeutenden Tiefenwirkung der Cocain-Adrenalinmischung, auch die intraalveolaren, also die Zahnerven selbst zu anaesthesiren. Allerdings waren diese Erfolge nicht immer gleichmässig im Ober- und Unterkiefer. Hatte ich im Oberkiefer in 97% der Fälle vollkommene Anaesthetie für jegliche zahnärztliche Hilfeleistung zu verzeichnen, versagte dagegen das Verfahren fast stets bei den Molaren des Unterkiefers, auch bei den Front- und kleinen Backenzähnen gab es noch 20—30% Misserfolge. Diese Wirkungslosigkeit im Unterkiefer ist bedingt durch die bedeutend stärkeren, die Zahnwurzeln umgebenden Knochenschichten. Um diese nicht befriedigenden Resultate zu verbessern, griff ich zu der von Schleich näher beschriebenen Methode, den Nervus mandibularis vor seinem Eintritt in den Unterkieferkanal zu anaesthesiren. Mit kleinen Modificationen der Schleich'schen Angaben erzielte ich jetzt auch im Unterkiefer nahezu dieselben Erfolge wie im Oberkiefer. Die Technik der Injection im Oberkiefer ist sehr einfach. Zur Extraction ist es am sichersten, an jedem Zahn aussen am Alveolarfortsatz in der Nähe der Wurzelspitze oder auch noch darüber hinaus, entsprechend den in der dünnen Knochenschicht verlaufenden Nerven, die Injection zu machen. An der inneren,

palatinalen Seite genügt es, nur den von der **Zange** zu verdrängenden Zahnfleischsaum zu anaesthesiren. Ein Hindernis für diese locale Injection ergibt sich in einzelnen Fällen bei Pat. mit tief ansetzendem **Proc. frontalis** des Jochbeins. Bei solchen durch **Palpation** festzustellenden Fällen ist es notwendig, vor und hinter dem Jochbeinfortsatz zu injizieren. Es genügen zur Injection 1—1½ ccm der Lösung, wenige Tropfen davon für den palatinalen Einstich. Die Injection selbst ist wenig schmerzhaft, wenn gleich nach erfolgtem Einstich langsam mit der Entleerung der Spritze begonnen wird und dieselbe vorsichtig unter steter Entleerung, also nach Anaesthesirung der vor der Spritze liegenden **Gingiva** möglichst dicht am Alveolarfortsatz vorgeschoben wird. Ab und zu sich bildende Quaddeln sind durch leichte massirende **Fingerbewegungen** zu zerteilen. Die Wartezeit bis zur Vornahme der **Extraction** beträgt 1—5 Minuten. Zur Erzielung vollständiger Schmerzlosigkeit beim Ausbohren oder Ausschaben der cariösen Höhlen genügt die Injection am äusseren Alveolarfortsatz. Im Unterkiefer führt die locale an den Zähnen gemachte Injection nicht immer zu befriedigenden Resultaten. Ich injiziere, sei es zur **Extraction** oder zur Erzielung von **Dentinanaesthesie**, stets in der Nähe des **Foramen mandibulare**, ausgenommen selbstverständlich bei der **Extraction** der Milchzähne oder bei solchen jugendlichen Personen, deren noch wenig compacte Knochenschicht eine Tiefenwirkung der Lösung local an dem zu behandelnden Zahn zulässt. Ich bestimme vor jeder Injection am **For. mandibulare** die ungefähre Breite des aufsteigenden Unterkieferastes, indem ich eine Hand von aussen an den rückwärtigen Rand des aufsteigenden Astes lege und einen Finger der anderen Hand von der Mundhöhle aus an den vorderen Rand des Unterkieferfortsatzes. Diese festgestellte Breite ist bekanntlich nach Alter und Geschlecht des Pat. verschieden. Sodann lasse ich zur Orientirung den Finger im Munde am Unterkieferaste, palpire auch noch die **Linea mylohyoidea** und drücke die schon durch grösstes Mundöffnen beim Pat. gespannten Weichteile leicht nach oben oder vorn, steche mit der geraden Ansatzcanüle nach Möglichkeit hinter der **Linea mylohyoidea** in Höhe der Molarenkauffläche ein und gehe, je nach der Breite des Unterkieferastes, 1—2 cm nach hinten. Nach erfolgtem Einstich führe ich die Spritze von dem der Einstichstelle entgegengesetzt gelegenen **Mundwinkel** aus, unter fortwährender langsamer Entleerung der

Lösung, nach hinten. Auf diese Weise ist es möglich, ganz dicht am Knochen zu bleiben, also in ziemliche Nähe des For. mand. zu kommen. Der Eintritt der Anaesthesie erfolgt verschieden schnell, ich beobachtete Fälle, welche nach wenigen Minuten eine vollständige Anaesthesie der Unterkieferseite, also auch der Lippenpartien zeigten, wie auch solche, bei welchen die Wirkung 10—30 Minuten auf sich warten liess. Die Extraction verlief aber stets absolut schmerzlos nach Gebrauch von 1—2 ccm der Lösung. Erwähnen möchte ich, dass ich nach dieser Injectionsmethode bei Periostitiden jeden Einstich in das Entzündungsgebiet vermeiden konnte. Unangenehme Zufälle sind mir bei äusserst vorsichtigem, behutsamem Vorgehen nie vorgekommen. Ich verfüge für die Unterkieferinjection am For. mand. in einer Zeit von 2 Jahren über die Zahl von mehr denn 700 Fälle. Dass auch in diesen Fällen eine Anaesthesirung des Nervus lingualis eintritt, möchte ich nicht unerwähnt lassen. Während der Versuchszeit zeigte sich als die wirksamste Lösung folgende: 5,0 g Adrenalin (1 : 1000), 0,75 g Cocain, 100 g physiologische Kochsalzlösung. Diese wird vollkommen steril von dem physiologisch chemischen Laboratorium Hugo Rosenberg, Berlin W., Spichernstr. 19, in Ampullen hergestellt und ist unter der Bezeichnung Eusemin in den Apotheken erhältlich. Die Anwendung der Adrenalin-Cocainlösung ist für die Zahnheilkunde ein enormer Fortschritt. Besonders für den conservativen Theil der Praxis ergibt sich nicht nur ein ruhiges, sicheres Arbeiten an dem gefühllosen Zahn, vor allem ist der Zeitgewinn ein bedeutender. Das Abtöten des Zahnnerven durch Einlegen der Arsenikpaste, eine mehrtägige Behandlung, fällt ganz fort, die Nerven werden in derselben Sitzung nach der Injection vollkommen schmerzlos entfernt und der Zahn gleich fertig gefüllt. Das schmerzhaft Auseinanderdrängen der Zähne durch Watte, Holz- oder Gummikeile ist entbehrlich geworden, in einem Gesamturtheil kann man die Cocain-Adrenalinlösung als Friedensstifter zwischen Patient. und Zahnarzt bezeichnen.“

(Berliner klin. Wochenschrift 1905 No. 35.)

— **Alypin** wurde von Dr. L. Jacobsohn (Berlin) in der Augenheilkunde bei zahlreichen Fällen angewandt zwecks Ausführung kleinerer Eingriffe. Die Anaesthesie, durch 2 und 5%ige Lösung erzeugt, trat etwa 2 Minuten nach Einträufelung des Mittels ein und hielt ca. 10 Minuten an.

Alypin bereitet keine Mydriasis, keine Störung der Accommodation, keine Aenderung des intraocularen Druckes, keine Anaemie der Bindehaut, kein Brennen, kein Gefühl der Trockenheit. Alypin hat also viele Vorzüge vor dem Cocain, ist auch billiger als dieses und viel weniger giftig. Es bewährte sich insbesondere bei der Entfernung von Fremdkörpern aus der Hornhaut.

(Wochenschrift für Therapie u. Hygiene des Auges, 28. Sept. 1905.)

- **Ueber die Bedeutung des Alypins für die Augenheilkunde** berichtet Dr. H. Köllner (Kgl. Universitätsklinik für Augenkrankheiten zu Berlin). Uns interessirt hier hauptsächlich, dass sich Alypin bei Operationen an der Hornhaut, speciell bei Entfernung von Fremdkörpern und Kauterisation von Hornhautgeschwüren gut bewährt hat. Seit 3 Monaten wurden diese Eingriffe sämtlich nach Anaesthesirung mit 1, selten 2 Tropfen 5%iger Alypinlösung vorgenommen, da sich entschiedene Vorzüge vor der Cocainisirung gezeigt haben: Schnelligkeit des Eintretens der Anaesthetie (schon eine Minute später kann operirt werden) und Fehlen einer Mydriasis resp. Accommodationsstörung. In einer grossen Anzahl von Epitheldefecten der Hornhaut, Herpes, Ekzem, Keratitis etc. wurde Alypin symptomatisch zur Bekämpfung der Schmerzen und des Blepharospasmus gegeben; die Patienten gaben meist an, dass sie das Auge besser aufmachen könnten.

(Berliner klin. Wochenschrift 1905 No. 43.)

### **Angina.** Zur Behandlung des *A. lacunaris* theilt Dr. K.

Gerson (Schlachtensee) ein einfaches Verfahren mit, das ihm sehr gute Dienste geleistet hat. Eine gewöhnliche Hohlsonde setzt man mit nach oben gerichteter Hohlrinne auf einen weissen Punkt der Tonsille, welcher einen Ausführgang der Lacune und des lacunären Pfropfens kennzeichnet und schiebt die Sonde langsam in den lacunären Gang vor. Während man mit der Sonde vordringt, entleert sich aus der Lacune eine mehr oder minder dickflüssige, zähe Masse, die man in der Hohlrinne auffängt. Nach Entfernung des Inhalts sieht man die leere Oeffnung des Lacunencanals vor sich, der sich aber oft bis zum nächsten Tage mit dünnflüssigem Secrete theilweise wieder füllt. Eine wiederholte Sondirung schafft diesen geringen Nachschub des Secretes leicht her-



aus. Handelt es sich um alte Pfröpfe, so kommt bei der Sondirung der Inhalt der Lacune als fester, oft über 1 cm langer, weisslicher Cylinder zum Vorschein. Hat man alle sichtbaren Lacunen so durch Sondirung entleert, so sind Schwellung und Röthung der Tonsille und auch die subjectiven Beschwerden meist schon am nächsten Tage verschwunden. Ist das nicht der Fall, so bestehen noch mit dem Auge unsichtbare, gefüllte Lacunen, die man, indem die Tonsille durch den ausgezeichneten Hartmann'schen Mandelquetscher von allen Seiten massirt wird, gleichfalls entleert. Auch in Bezug auf die Differentialdiagnose dürfte das Sondirungsverfahren in zweifelhaften Fällen von Nutzen sein, z. B. in solchen, wo man anfangs schwankt, ob eine *A. lacunaris* oder *diphtheritica* vorliegt. Gelingt es nach Abwischen der Secretflächen die Lacunen zu sondiren und zu entleeren, so schwinden die weissen Flecke, Entzündung und Schmerzen lassen rasch nach, wenn es sich um *A. lacunaris* handelt, während bei der Diphtherie eine so prompte Beseitigung der localen und Allgemeinerscheinungen durch dieses Verfahren nicht möglich ist.

(Medicin. Klinik 1905 No. 36.)

- **Ueber die Behandlung acuter Halsaffectionen mittels Stauungshyperaemie** berichtet Prof. Dr. Hochhaus (Cöln). Die Technik ist schon von Bier angegeben. Man nimmt am besten ein 2—3 cm breites Band aus Gummistoff, wie es zu Hosenträgern benutzt wird; das eine Ende versieht man mit einem Haken, das andere mit mehreren Oesen, die in verschiedener Entfernung angebracht sind, damit die Schnürung nach Bedarf enger und weiter gemacht werden kann. Die ersten Stunden lege man die Binde um den Hals nur locker an und erst wenn Gewöhnung eingetreten ist, ziehe man sie stark an, dass ein mässiger Grad von Stauung entsteht. Autor hat die Binde dann, mit nur geringen Unterbrechungen, Tag und Nacht liegen lassen, was auch bei der grössten Zahl der Pat. sehr gut möglich war. Kinder ertrugen allerdings die Stauung auffallend besser als Erwachsene. Es gehört freilich auch Übung dazu, bei jedem Pat. den richtigen Grad von Stauung zu treffen. Behandelt wurden zuerst 36 Fälle von *Diphtherie*, meist mittleren Grades, aber auch sehr schwere Fälle (ausgeschlossen waren natürlich Pat. mit Kehlkopfstenose). Nur ein Todesfall (von vornherein Herzschwäche). Bei den übrigen gingen die örtlichen

Erscheinungen recht schnell zurück, **Complicationen** stellten sich auffallend selten ein. Bei den meisten Fällen wurde auch Serum eingespritzt, aber die mit Serum und **Stauung** behandelten Fälle nahmen einen viel rascheren und leichteren Verlauf, als Fälle, die bloss mit Serum behandelt worden waren. — Auch 12 Fälle von **A.** unterzog Autor der Stauung, fast durchweg Erwachsene. Die Resultate waren nicht so günstig, wie bei **Diphtherie**, speciell was die Abkürzung des Krankheitsprocesses anbelangt. Die subjective Besserung der Erscheinungen trat aber hier ebenfalls hervor, die Schluckbeschwerden und Schmerzen verschwanden rasch. — Endlich wurde bei 7 Fällen von **Erysipel** des Gesichtes, recht schweren Fällen, die Stauung angewandt. Bei keinem ging die **Entzündung** über die Binde hinüber; zweimal zeigte sich bald nach Beginn der Behandlung schnelles Abfallen des Fiebers mit Nachlassen der Entzündung.

(Die Therapie der Gegenwart, Oktober 1905.)

### **Combustio. Verbrennung und Erfrieren** machte Prof. Dr.

Sonnenburg (Berlin) zum Gegenstande eines Vortrages, dem wir folgende therapeutische Angaben entnehmen: Autor behandelt seit 12 Jahren im Krankenhause Moabit jede Verbrennung wie eine frische Wunde, d. h. er sucht sowohl nöthigenfalls die Wunde selbst als ganz besonders ihre Umgebung nach Möglichkeit zu säubern und bedient sich dabei derselben Hilfsmittel wie bei anderen Hautwunden oder wie bei der Vorbereitung von aseptischen Operationen. Die Hautblasen werden mit Pincetten oder Scheeren abgetragen, ebenso die herabhängenden oder herabgerollten Epidermissetzen. Die zum Theil schon gallertartig gewordene Transsudatflüssigkeit unter der Epidermis wird mit trockenen sterilen Tupfern abgewischt. Dann wird die ganze betreffende Hautparthie bis in die weite Umgebung der betroffenen Stelle mit warmem Wasser und Seife, unter Zuhülfenahme von Watte, Holzfasern u. dgl. gereinigt. Darauf wird mit sterilem Wasser abgespült und mit sterilisirten Handtüchern vorsichtig getrocknet, die Umgebung der Wundfläche und die Ränder selbst werden mit Aether und mit schwach desinficirenden Flüssigkeiten abgewischt. Dazu empfiehlt sich **Abspülung** mit 3%iger Borsäurelösung. Die Umgebung der Wunden kann man auch mit Sublimat 1‰ abwaschen. Nach vollständigem Abtrocknen mit steriler Gaze wird die Wund-

fläche mit einer glatten einfachen Lage steriler oder präparierter Gaze bedeckt. Man kann bei nicht sehr ausgedehnten Wunden Jodoformgaze verwenden, besser ist Vioformgaze. Bei sehr ausgedehnten Flächen verbietet sich die Anwendung von Jodoformgaze wegen der Intoxicationsgefahr von selber, und man thut gut, statt dessen die Flächen mit einer einfachen Lage steriler Gaze zu bedecken. Darauf kommen Bäusche sterilen Mulls oder Holzspänekissen oder eine Schicht Watte. Eine Mullbinde fixirt den Verband. Die Fixation der Extremität selber, wenn nöthig auf einer Holzschiene, mittels Stärkebinden vollendet den Verband. Ist die Verbrennung nicht sehr ausgedehnt, so ist diese Behandlung ohne Narkose möglich. Bei ausgedehnten Verbrennungen oder sehr empfindlichen Pat. scheue man sich nicht vor einer leichten Narkose. Der Verband wird so lange liegen gelassen, bis die äusseren Schichten von Secret durchtränkt sind, was erst nach 6—8 Tagen der Fall zu sein pflegt. Der Verband wird alsdann bis auf die unmittelbar auf der Wundfläche aufliegende Gazeschicht entfernt, darauf wird in gleicher Weise, wie das erste Mal, wieder der Verband angelegt. Muss die unterste Gazeschicht gewechselt werden, sei es, dass dieselbe übelriechend ist oder unter derselben noch Secret sich angesammelt hat, so wird sie am besten im Bade entfernt. Kurze Zeit nach Anlegung des Verbandes lassen die Schmerzen nach oder verschwinden völlig, selbst bei sehr ausgedehnten, schweren Verletzungen. Verbrennungen I. und II. Grades können schon unter einem Verbande heilen. Bei Stellen, die einen Schorf zeigen, muss man, <sup>aber</sup> erst wenn der Schorf sich abstösst, etwa jeden 3. Tag, am besten im Bade, den Verband wechseln. Man bleibt bei dem geschilderten Verbande in Fällen der Schorfbildungen so lange, bis die Flächen granuliren. Dann kommt allerdings die Salbenbehandlung oder der Trockenverband, je nach der Schmerzhaftigkeit der Granulationen, in Anwendung. Bei Beginn der Eliminirung der nekrotischen Hautstellen schützt dieser Verband am besten vor Infection, die Eiterung zur Folge hat. Ausserdem ist es sehr wichtig, dass nach Abstossung des Brandschorfes die granulirenden Wundflächen möglichst schnell zur Vernarbung gebracht werden, um die durch Contracturen und Schrumpfung so leicht entstehenden Entstellungen zu vermeiden, und das erreicht man wieder am besten durch antiseptische Verbände. Unter ihnen dauert die Abstossung der Schorfe

nicht länger, als bei anderer Behandlung, und dazu bleibt die hypertrophische Wucherung der schlaffen Granulationen und die profuse Eiterung aus. Die aseptische Behandlung der C. ist also in allen Fällen, wo die Verletzten früh in unsere Behandlung kommen, die rationellste Methode. Da, wo durch die Localität die Anwendung dieser Verbände Schwierigkeit macht (am After, Gesicht etc.) rath Autor zu Umschlägen mit essigsaurer Thonerde, die mindestens dreimal täglich erneuert werden müssen und deren Erfolge oft überraschend günstig sind. Bei C. im Gesicht sind auch Bismuthpuderungen von Werth, indem die dadurch entstehenden Borken eine Schutzdecke bilden. Ist sonst aus besonderen Gründen ein antiseptischer Verband nicht anzulegen, oder kommen die Pat. erst spät in Behandlung, wenn bereits starke Secretion oder Eiterung besteht, so kann man zur Bardeleben'schen Brandbinde greifen, die ebenfalls schmerzstillend wirkt, aber nicht in dem Maasse, wie der antiseptische Verband. Ganz zu verwerfen sind zu Anfang Salbenverbände; diese kommen event. erst bei deh granulirenden Wunden in Frage. Das Kleinerwerden der Granulationsflächen und die Ueberhäutung wird wesentlich gefördert durch dachziegelförmig angelegte Heftpflasterstreifen, die eine grössere Compression verursachen und die Hautränder einander nähern. — Bei *Erfrierung* muss die Behandlung zunächst darauf gerichtet sein, den drohenden Brand der Extremitäten hintanzuhalten. Am besten wird dies durch verticale Suspension erreicht. Diese ist auch bei nicht weit ausgedehnter Erfrierung das beste Mittel. Leicht reizende Mittel, z. B. Alkoholumschläge kommen ferner in Betracht. Bei Schorfen ist die Behandlung ebenso durch Trockenverbände einzuleiten, wie bei Verbrennungen.

(Zeitschrift f. ärztl. Fortbildung 1905 No. 18.)

- **Eine eigenartige Verbrennung des Trommelfells** beobachtete Prof. Dr. Haug (München). Ein bis dahin völlig ohren gesunder Mann hatte seit einigen Stunden intensive Schmerzen in einem Ohr. Die Schmerzen entstanden, nachdem ein Freund neben ihm, um sich die Cigarre anzuzünden, ein schwedisches Zündholz benutzt hatte. Trommelfell stark hellroth verfärbt; an einer Stelle dunkelrothe Verfärbung, und in der Mitte dieser Stelle ein ca. stecknadelkopfgrosser, dunkler, grauschwarzer, prominenter Punkt, allenthalben von einer schmalen, weisslich-grauen Zone umzogen. Mit der Pincette herausgeholt, erwies sich dieser Punkt als



kleines Sprengstück eines schwedischen Zündholzes. Therapie: einfache Occlusion des Meatus mit Gaze und Verbot des Schnäuzens. Zum Glück hatte Pat. keines der Volksmittel gegen Ohrenschmerzen (Oel, Ausspritzungen) angewandt. So heilte die Sache in 6 Tagen aus. Der Fall zeigt, dass auch die sogen. schwedischen Sicherheitsstreichhölzer absolut keine Garantie gegen das gefährliche Abspringen der Köpfe geben, sodass man auch bei deren Gebrauch recht vorsichtig sein muss. Dass hier das Sprengstück so leicht auf das Trommelfell gelangen konnte, war, abgesehen von dem unglücklichen Zufall, in erster Linie auf den sehr grossen und weiten, sowie sehr geraden Gehörgang des Pat. zu schieben.

(Aerztl. Sachverständigen-Ztg. 1905 No. 14.)

### **Erysipel. 2 Fälle von primärem Larynxerysipel** beschreibt

Dr. L. Blum (Medicin. Klinik, Strassburg). Bei beiden Fällen folgte unmittelbar auf die Larynxerkrankung ein E. des Gesichtes, wodurch die Natur der Kehlkopfaffectio n klargelegt wurde. Im 1. Falle war allerdings schon das ursprüngliche Krankheitsbild das typische eines Larynxerysipels: Dyspnoe infolge Larynxstenose, sehr starke Druckschmerzhaftigkeit der Thyreoidgegend und der Lymphdrüsen, Unfähigkeit zu schlucken bei geringen Veränderungen am Pharynx. Abweichend war nur die geringe Höhe des Fiebers. Obwohl Autor wegen besonderer Umstände von einer laryngoskopischen Untersuchung in den ersten Tagen absehen musste und die starke Schwellung der Epiglottis nur durch die Palpation feststellen konnte, so glaubt er dennoch, die Erkrankung als primäres Larynxerysipel auffassen zu können. Der rasche Rückgang der Larynxerscheinungen liess tiefergreifende Processe, wie Eiterung, Ulcerationen etc. ausschliessen. Ein weiterer Beweis wurde durch die Ausbreitung des E. geliefert. Der gleichzeitige Beginn des E. an beiden äusseren Gehörgängen und den Ohrmuscheln liess sich am ungewungensten durch seinen Uebergang vom Rachen und das Mittelohr erklären. Die am Tage vor Ausbruch des Gesichtserysipels vorhandene starke Röthung der hinteren Rachenwand, die Schmerzen in beiden Ohren sprachen ebenfalls für eine solche Wanderung des E. vom Larynx auf den Pharynx und von hier durch die Tuba Eustachii und das Mittelohr auf den äusseren Gehörgang. Das Fortschreiten eines Rachenerysipels durch das Mittelohr auf

das Gesicht ist von den verschiedenen Ausbreitungswegen, die das E. einschlagen kann, das seltenste; in den meisten Fällen geschieht dieses unter Entwicklung einer acuten Otitis media mit Perforation des Trommelfells. Im 2. Falle war das klinische Bild des primären Larynxerysipels in geringerem Maasse ausgebildet, indem hier vor allem die Zeichen einer stärkeren Larynxstenose fehlten. Laryngoskopisch war auch die Schwellung der Epiglottis nicht so stark, dass sie den Einblick in den Larynx gehindert hätte. Dagegen erreichte hier das Fieber eine bedeutende Höhe, tägliche Anstiege bis 40 und 41°. Die Schmerzhaftigkeit der Larynxgegend und der Lymphdrüsen war in den ersten Tagen nur wenig ausgesprochen, sodass Autor ein E. des Larynx ausschliessen zu können glaubte, wobei das Auftreten einer Angina necrotica, deren Belag einem diphtheritischen sehr ähnlich sah, noch mehr zur Annahme einer Diphtherie mit Betheiligung des Larynx verleitete. Das Fehlen von Diphtheriebacillen, die starke Röthung der Rachen- und Mundschleimhaut, das Auftreten von Schmerzhaftigkeit der Thyreoidgegend und der Lymphdrüsen, die Höhe des Fiebers machte jedoch diese Annahme bald unwahrscheinlich; das baldige Uebergreifen des E. auf das Gesicht behob dann auch hier alle Zweifel.

(Deutsche med. Wochenschrift 1905 No. 26.)

— Zur Pirogoff'schen Campherbehandlung des E. theilt Dr. Mayer (Simmern) mit, dass er seit 16 Jahren jeden Fall von E. neben äusserer Therapie auch nach Pirogoff behandelt. Dieser gab seinen Pat. 1—2stündlich 0,15 Camphor. trit. und liess sie dabei reichlich schwitzen durch Darreichung von heissem Thee, Zuckerwasser u. dgl. Autor hat nur *einen* Fall verloren. Einige Male sah er nach Ablauf des E. umschriebene Eiterungen auftreten; da unter dem Einfluss der Campherbehandlung ein Dirigiren der Leucocyten nach dem gefährdeten Orte stattfindet, so erscheint das Auftreten von Eiterungen verständlich. In 2 Fällen von E. der Neugeborenen erwies sich die Anwendung kleinster Dosen Camphers ebenfalls als sehr segensreich. Obwohl auch sonst die Campherdosen mit grösster Vorsicht dem Alter und der Constitution entsprechend abgestuft wurden, liessen sich Nierenreizungen nicht immer vermeiden; gleichzeitige Anwendung von Wildunger Helenenquelle. Aussetzen des Mittels beim Auftreten von Schmerzen bei der Harnentleerung erwies sich indessen zur Vorbeugung von Albuminurie und dauernden Schädigungen als aus-

reichend. In einem Falle von Wanderrose liess sich an den Tagen, an denen Campher ausgesetzt werden musste, die fehlende Campherwirkung alsbald an dem Ansteigen der Temperatur und der Verschlechterung des Allgemeinbefindens erkennen. Aehnliches sah Autor öfters. Auch bei echter Wundrose möchte er das Mittel nicht missen. Neben der Pirogoff'schen Behandlung wandte Autor in letzter Zeit auch moderne äussere Methoden an: die Behandlung im rothen Zimmer, die Spiritusbehandlung.

(Münchener med. Wochenschrift 1905 No. 42.)

### **Fracturen u. Luxationen. Die volare Luxation des**

**Os lunatum carpi u. ihre Behandlung** bespricht Dr. Hildebrandt (Chirurgische Klinik der Charité in Berlin). Seitdem unsere Diagnose Röntgenstrahlen unterstützen, wird die Verrenkung des Os lunatum relativ oft beobachtet; sie ist nach der Fractur des Os naviculare die häufigste Verletzung der Handwurzel. Woran liegt es, dass das Mondbein der einzige Carpalknochen ist, welcher luxirt, während die anderen brechen? Die Antwort hierauf lautet: Es ist die Folge seiner eigenthümlichen Gestalt. Wir können das Mondbein betrachten als einen Doppelkeil, dessen beide Schneiden gegen die Haut, dorsal und volar, gerichtet sind. Jedem Stosse resp. Drucke, welcher auf die beiden die Schneiden bildenden Seiten eines Keiles einwirkt, sucht der letztere durch Ausweichen in der Richtung der Basis zu begegnen. Das Mondbein wird daher jedesmal dann seine Lage zu verändern suchen, wenn es excentrisch vom Stosse und Gegenstosse getroffen wird, und zwar wird es volarwärts entweichen, wenn der Druck dorsal einwirkt, dorsalwärts, wenn der Druck volar einwirkt. Nur dann wird es an seiner Stelle verharren, wenn Druck und Gegenruck, wie in der Mittellage der Hand, es centrisch treffen. Sobald der Druck in dieser Stellung eine gewisse Grösse überschreitet, wird es zu einer Fractur kommen. Als Ursachen der volaren Verrenkung sind zu bezeichnen: Fall auf die dorsalflectirte Hand, Schlag auf die Hand bei fixirtem Unterarm und Schlag auf den Ellenbogen bei fixirter Hand. In den letzten Jahren wurden in der Charité 3 Fälle beobachtet, welche sämmtlich operirt wurden. Der 1. Fall betraf einen Oberleutnant, welcher 8 Jahre nach einem Sturze vom Rade wegen Schmerzen bei Zugreifen erschien. Der luxirte Knochen wurde durch Röntgenstrahlen nachgewiesen und operativ entfernt, worauf Heilung

eintrat. Der 2. Pat. war ebenfalls ein Oberleutnant. Er stürzte bei einer stürmischen Ballonlandung und kam wegen starker Schmerzen und Schwellung im Handgelenk. Auch hier wurde eine Verrenkung des Mondbeins constatirt und versucht, dieselbe in Narkose zu reponiren. Dies gelang anscheinend; die Nachbehandlung bestand in einem Extensionsverbande. Als derselbe entfernt wurde, zeigte sich, dass das Lunatum noch immer dislocirt war. Von einer Wiedereinrichtung wurde jedoch Abstand genommen, da keine Beschwerden bestanden. Nach 3wöchiger Fixation wurde mit Massage und medico-mechanischen Massnahmen begonnen; danach besserte sich der Zustand bald so weit, dass Pat. wieder Dienst thun konnte. Doch blieben zurück: Schmerzen bei Druck auf das dislocirte Mondbein, Behinderung der Dorsal- und Volarflexion des Handgelenks, sowie leichte Parese des Medianus.  $\frac{1}{2}$  Jahr danach stürzte Pat. wieder, und die nervösen Störungen nahmen so zu, dass der dislocirte Knochen exstirpirt werden musste. Es schwanden nun die Beschwerden anfänglich ganz; doch zeigte die Röntgenaufnahme, dass ein Fragment des Naviculare gleichfalls luxirt war. Als Pat. anfang, mit der Hand wieder kräftig zuzufassen, reizte dies Bruchstück das Gelenk, sodass heftige Schmerzen auftraten. Eine passende Bandage half. Fall 3 betraf einen Reitburschen, welcher mit dem Pferde gestürzt war. 5 Monate danach kam er, weil er seine verletzte Hand nicht ordentlich beugen konnte. Nach Exstirpation des luxirten Lunatum Heilung. —

Die Therapie einer frischen Luxation des Os lunatum muss natürlich stets darauf gerichtet sein, eine Reposition herbeizuführen. Diese wird allerdings wohl kaum zu erreichen sein, wenn sich der Knochen um  $180^{\circ}$  gedreht hat. Doch ist die letztere Complication bis jetzt niemals bei frischen Fällen beobachtet worden, stets nur bei alten, in denen mit der Hand viel manipulirt war. Die Repositionsmanöver bestehen in Zug an der Hand, forcirter Dorsalflexion derselben bei directem Druck auf das verrenkte Mondbein mit nachfolgender Volarflexion. Dies Verfahren wandte auch König in obigem zweiten Falle an; leider war der Erfolg kein dauernder. Die Einrichtung hat in Narkose zu erfolgen; gelingt sie nicht unblutig, so muss man sofort zum Messer greifen. Die letztere Methode ist die sicherste bei complicirten Luxationen. Die Nachbehandlung besteht bei einer isolirten Luxation des Lunatum in Fixation der leicht volarflectirten Hand im Gipsverbande



oder der Schede'schen Schiene mit gleichzeitiger Unterstützung der Gegend des Mondbeins durch einen Wattebausch. Notwendig ist Controlle des Röntgenbildes. Für die mit Fracturen anderer Carpalknochen complicirte Luxation empfiehlt Autor nach möglichster Reposition in Narkose die Anlegung einer exacten, an den Fingern und der Hand angreifenden Extension. In den Fällen, in welchen eine Luxation über 14 Tage besteht, ist eine unblutige Reposition nicht zu erhoffen. Hier wartet man ab, wie sich das Resultat unter einer vorsichtigen medicomechanischen Behandlung gestaltet. Dieselbe hat jedoch nicht vor Ablauf von 3—4 Wochen einzusetzen; bis dahin ist absolute Feststellung des Carpus (nicht der Finger) zu beachten; namentlich wenn gleichzeitige Fracturen bestehen. Zweierlei indicirt die spätere operative Behandlung: Erstens Störungen im Gebiete des Nervus ulnaris oder medianus. Dieselben können zwar zurückgehen, doch kann man darauf nicht mit Sicherheit rechnen. Hier rath Autor so früh als möglich einzugreifen, um nicht später irreparablen Störungen gegenüberzustehen. Die zweite Indication zur Operation bildet das Auftreten einer chronischen deformirenden Arthritis. Das dislocirte Lunatum übt einen Reiz auf das Gelenk aus, führt daher häufig zu Abschleifungen des Knorpels, Wucherungen desselben, Auffaserung der Kapsel u. dgl. So hat man denn auch das Auftreten von Ergüssen beobachtet, namentlich nach Mobilisirungsversuchen. In solchen Fällen müssen wir das Lunatum, eventuell die dislocirten Bruchstücke der Nachbarknochen, entfernen, um den Reizzustand aufzuheben. Man entschliesst sich natürlich viel eher zu einem operativen Eingriff, wenn es sich um eine Person der arbeitenden Klassen handelt, als wenn der Pat. weniger auf die rohe Kraft seiner Hände angewiesen ist. Je früher der Eingriff vorgenommen wird, desto bessere Resultate kann man davon erwarten. Doch können dieselben noch bei einer viele Jahre hindurch bestehenden Luxation des Mondbeins sehr befriedigen, wie der erste operirte Pat. beweist.

(Berliner klin. Wochenschrift 1905 No. 30.)

- **Ueber isolirte subcutane Fissuren der langen Röhrenknochen** lässt sich Dr. K. Försterling (Städt. Krankenhaus I in Hannover) aus im Anschluss an zwei Beobachtungen. Letztere betrafen ein 7jähriges Kind, dem eine Matratze auf den rechten Unterschenkel gefallen war, und einen 2 Jahre alten Knaben, der einige Treppenstufen hinab-

gefallen war. Beide Pat. konnten nicht auftreten, hatten eine leichte umschriebene, druckempfindliche Schwellung über der Tibia und auch spontan heftige Schmerzen dasselbst. Die Röntgenaufnahmen zeigten, dass es sich um Fissuren der Tibia handelte. Solche sind offenbar gar nicht so selten. Vor Entdeckung der Röntgenstrahlen waren sie kaum zu diagnosticiren; man betrachtete die Fälle einfach als Contusionen, und es wird so manche erhebliche Functionsstörung und lange Heilungsdauer solcher Contusionen erklärlich. Denn so lange nicht eine knöcherne Vereinigung des Knochensprungs eingetreten ist, bleibt jede Belastung desselben, sei es durch Druck oder Zug, schmerzhaft. So findet auch mancher Unfallverletzte, der auf Grund des objectiv so geringen Befundes als Uebertreiber angesehen wurde, jetzt seine Rechtfertigung. Ist eine stärkere Functionsstörung an einem Gliede vorhanden, die zu dem geringen objectiven Befunde in krassem Widerspruch steht, so muss man an eine Fissur denken. Die Extremität ist völlig gebrauchsunfähig wie bei einer Fractur. Das übrige Bild jedoch ist nur das einer Contusion: geringe, umschriebene Schwellung und Schmerzhaftigkeit, Freisein der nächstliegenden Gelenke, nichts von Crepitation, Dislocation oder abnormer Beweglichkeit. Selbstverständlich ist damit die Diagnose noch nicht gesichert; diese bringt erst die Röntgenuntersuchung, aber nicht blosse Durchleuchtung, sondern eine Aufnahme, die von zwei Seiten gemacht wird, da unter Umständen die Fissur bei Durchleuchtung nur von einer Seite nicht zu sehen ist. Die Prognose solcher Fissuren ist gut; sie heilen rasch unter Ruhigstellung des Gliedes.

(Deutsche med. Wochenschrift 1905 No. 41.)

### **Gonorrhoe. Anticilloid, ein neues Prophylacticum gegen**

G. ist im bakteriolog. Institut von Dr. Piorkowski (Berlin) auf seine Wirksamkeit hin untersucht worden. Diese Versuche fielen, wie Dr. G. Zehden mittheilt, zu Gunsten des Mittels aus, welches nach 30 Minuten die Gonorrhoeerreger abtödtete. Anticilloid sind Urethralstäbchen, welche 10% Protargol enthalten. Man schiebt ein solches Stäbchen ante coitum in die Urethralmündung ein, wo es sich bald auflöst, ohne schmerzhafte Reizung hervorzurufen.

(Wiener klinisch-therap. Wochenschrift 1905 No. 37.)

- **Einen Beitrag zur Frage: „Giebt es gonorrhoeische Exantheme?“** liefert Dr. Orłipski (Halberstadt). Er berichtet von 5 Fällen, wo Exantheme (Urticaria, Purpura, Erythema exsudativum multiforme) unzweifelhaft auf der Basis der G. entstanden waren.

(Therap. Monatshefte, September 1905.)

- **Hodengangrän bei G.** beobachtete A. Buschke (Städt. Krankenhaus am Urban in Berlin) bei einem 27jährigen an G. leidenden, sonst ganz gesunden, kräftigen Manne. Es handelte sich um eine Hodennekrose mit Abscessbildung, welche zu einer totalen Zerstörung eines Testikels führte, im Anschluss an eine acute, nicht besonders bösartige G. und eine Nebenhodenentzündung, welche letztere einen gutartigen Verlauf nahm. Die Affection entwickelte sich ganz allmählich, ohne Allgemeinerscheinungen und auch local mit nur geringen subjectiven und objectiven Symptomen. Bakterieller Befund: colähnliche Bakterien. Es sind bereits ähnliche Fälle bekannt, die in allen Stadien der G. vorkamen. Offenbar handelt es sich nur um eine secundäre Complication der G., denn Gonokokken sind bisher mit Sicherheit in den Herden nicht nachgewiesen worden. Es erscheint möglich, dass im Verlaufe einer G. andere Keime von der entzündeten Schleimhaut der Harnröhre einwandern können. Vielleicht schafft auch der gonorrhoeische Process und die ihm folgende Entzündung des Samenstranges und Nebenhodens gewisse Vorbedingungen für die Erkrankung des Hodens. Aufgeklärt ist die Sache noch nicht.

(Deutsche med. Wochenschrift 1905 No. 38.)

- **Ueber die Behandlung der Arthritis gonorrhoeica mit Bier-scher Stauung** berichtet Dr. Fr. Hirsch (Städt. Krankenhaus Frankfurt a. M.). Es wurden bisher 25 Fälle so behandelt, und zwar wurde mit der Stauung sofort nach Einsetzen der Krankheit begonnen. Benutzt wurde eine Esmarch'sche Binde oder ein massiver Gummischlauch mit Kettenverschluss. Die Stauung wurde in der Regel zweimal täglich vorgenommen, zuerst nur wenige Minuten, dann steigend in der Regel bis zu  $\frac{1}{2}$ —1 Stunde, seltener länger. In der Zwischenzeit Priesnitzumschläge oder Leinsamenkataplasmen, auch Jodtincturpinselungen; sobald als möglich passive und später active Bewegungen von steigender Intensität. Constatirt wurde auffallende Schmerzstillung durch die Stauung nach wenigen Tagen; auch

die Resorption des Ergusses vollzog sich in den meisten Fällen sehr prompt, sodass es öfters schon nach einer Woche möglich war, mit Vorsicht passive Bewegungen zu beginnen. Von den 25 Pat. wurden entlassen 10 als vollständig geheilt mit normalen Gelenkfunctionen, bei 5 war bei der Entlassung noch eine geringe Bewegungsbehinderung vorhanden oder Kapselverdickung geringen Grades, bei 4 noch unbedeutende Reste des Gelenkergusses, Verdickungen und noch etwas Steifigkeit. Nicht geheilt wurden 6 auf Wunsch vor beendeter Behandlung entlassen, unter diesen aber auch nur einer, bei dem eine vollkommene Versteifung des betroffenen Kniegelenkes auch durch die Stauungsbehandlung nicht hintangehalten werden konnte. Die Resultate waren also recht befriedigende. Vergleicht man sie aber mit denen, die in der Anstalt früher, vor der Stauungszeit, erzielt wurden, so stellt sich heraus, dass eine Abkürzung der Behandlungsdauer durch die Stauung nicht stattfindet, und dass auch eine Verbesserung der Resultate sich nicht constatiren lässt. Jedenfalls aber ist die Stauung eine sehr einfache und bequeme Methode der Behandlung, durch die vor allem ein promptes Verschwinden der Schmerzen sich erzielen lässt.

(Berliner klin. Wochenschrift 1905 No. 39.)

### **Hysterie. Ueber hysterisches Zittern** liess sich Dr. F. Jamin

aus. Ein hysterisches Zittern als solches lässt sich nicht bestimmt charakterisiren; bei der Hysterie können alle sonst auch beobachteten Zitterformen vorkommen. Am häufigsten wird Zittern bei der sogen. traumatischen Hysterie gesehen.

Gerade bei Versicherungskranken in höherem Lebensalter (vom 50. Lebensjahre an) beiderlei Geschlechts kommt nicht selten eine Art des Zitterns zur Beobachtung, die sich zuweilen nach allgemeinen oder localen Traumen, häufiger wohl nach jahrelanger anstrengender körperlicher Arbeit vorwiegend im rechten Arm entwickelt und dabei oft das einzige objective Zeichen einer functionellen nervösen Störung darstellt. Die Sensibilität, die active und passive Beweglichkeit und die Reflexe bleiben dabei unverändert. Die Zitterbewegungen erfolgen verhältnissmässig frequent, mit 6—8 Schlägen in der Secunde. Doch wechselt sowohl die Frequenz der Bewegungen, wie die Grösse des



Ausschlags, die zuweilen ein deutliches rhythmisches An- und Abschwellen erkennen lässt. Die grobschlägigen Bewegungen erfolgen in den grösseren Gelenken; sie sind zumeist auf einen Wechsel von Pronation und Supination oder Beugung und Streckung der Hand beschränkt, können aber (namentlich bei Anwendung eines Widerstandes) auf das Ellbogen- und Schultergelenk, sowie auf die übrigen Extremitäten überspringen, während die kleinen Fingergelenke fast ausnahmslos frei bleiben. Das Zittern zeigt sich sowohl in der Ruhe wie bei Bewegungen und wird durch Zielbewegungen bald verstärkt, bald abgeschwächt. Mit Aufmerksamkeit ausgeführte Bewegungen der gesunden Hand vermögen die Zitterbewegung auf der kranken Seite vollkommen zum Verschwinden zu bringen. Die Abhängigkeit des Tremors von der Aufmerksamkeit und dem psychischen Verhalten der Kranken ist für diese Form des Zitterns besonders charakteristisch und lässt die vorwiegend psychogene Natur der Störung erkennen. Die unter der ärztlichen Beobachtung fast unermüdlich zitternden Kranken halten und benützen die rechte Hand ohne die geringste merkbare Störung, wenn sie sich unbeobachtet glauben oder wenn es gelingt, im Gespräch ihre Aufmerksamkeit auf etwas anderes zu lenken, als auf die kranke Hand, die sie fortwährend ängstlich bewachen, die sie, sich selbst überlassen, unter der Decke oder in der Tasche zu verbergen suchen. Von einer solchen Kranken, die unter der Beobachtung nicht im Stande war, eine einigermaßen leserliche Schrift zu liefern, liegt von einem zu Hause geschriebenen Brief eine Unterschrift vor, die keine Spur von Zittern erkennen lässt und deren Echtheit von der Kranken selbst zugegeben wurde.

Die Unbeständigkeit dieser offenbar nur unter besonderen psychischen Einflüssen, wie z. B. der ärztlichen Untersuchung bzw. Begutachtung hervortretenden Zitterbewegung schränkt natürlich deren Bedeutung für die Erwerbsfähigkeit der betreffenden Kranken wesentlich ein, wenn auch der Verdacht auf eine absichtliche Vortäuschung der Störung sicher angesichts der Ausdauer und der Gleichartigkeit derselben nicht gerechtfertigt ist und auch in manchen Fällen durch den Nachweis anderer hysteriformer Erscheinungen oder von Störungen im Gemüthsleben der Kranken beseitigt werden kann. Locale Behandlung scheint ganz ohne Einfluss zu sein. Bei Allgemeinbehandlung und Ablenkung der Kranken ist zuweilen ein vollständiges Verschwinden des Tremors für längere Zeit zu erzielen.

doch lässt es sich anscheinend nicht verhindern, dass derselbe bei irgendwelcher Gelegenheit, besonders bei einer speciellen Untersuchung, bei graphischen Aufzeichnungen u. dergl. in der früheren Heftigkeit wiederkehrt.

(Aerztl. Bezirksverein zu Erlangen, 20. 3. 05. — Münchener med. Wochenschrift 1905 Nr. 22.)

- **Bornyval** hat Dr. F. Levy (Berlin, I. medic. Klinik) mit bestem Erfolge angewandt. Er theilt seine Erfahrungen mit und schliesst mit den Worten: „Ich ziehe aus meinen Erfahrungen den Schluss, dass das Bornyval ein hervorragendes Hilfsmittel bei der Behandlung vielseitiger nervöser Störungen, insbesondere der H. in ihren verschiedenen Formen und der nervösen Kreislaufstörungen darstellt.“

(Die Therapie der Gegenwart, October 1905.)

- **Ueber Athmungsübung als Suggestivbehandlung** macht Dr. M. Löwy (Marienbad) folgende Mittheilung: „Die unten angegebene Athmungsübung bewährte sich bei neurasthenischen, hysterischen, hypochondrischen Zuständen von Erregung, innerer Unruhe, Angst und Schwächegefühl. Aehnlich wirkte sie bei der inneren Unruhe und Angst, wie sie Zwangsvorstellungen begleiten, und bei der Erregung (vermuthlich sexueller Art) als Theilerscheinung klimakterischer und anderer functionell bedingter, z. B. menstrueller Wallungen. Vereinzelte Angaben meiner Pat. weisen darauf hin, dass auch die Zwangsvorstellungen und die Wallungen selbst durch die Uebung vorübergehend zurücktreten. Die Uebung besteht darin, dass der Pat. langsam, tief, ohne Hast und Anstrengung athmet, und zwar durch den Mund ein und durch die Nase aus; am Ende der Einathmung schliesst er den Mund und beginnt, ohne eine Pause zu machen, auszuathmen. Das wird etwa 5 Mal wiederholt, dann folgt eine kleine Pause, dann Wiederholung, je nach Bedarf mehrfach. In einer Reihe von Fällen erreichte diese Uebung ihren auf Ablenkung der Gefühle und anderweitige Beschäftigung der Aufmerksamkeit und Willensintention gerichteten Zweck. Sie sei daher den Collegen zur Nachprüfung empfohlen.“

(Neurolog. Centralblatt 1905 No. 78.)

**Nephritis. Zur Kenntniss des idiopathischen Oedems des**

**Säuglings** liefert Dr. L. F. Meyer aus dem Städtischen Kinderasyl und dem Laboratorium der Univers.-Kinderklinik in Berlin einen Beitrag. Derselbe hat bei 3 Fällen von idiopathischen Oedemen beim Säugling den Einfluss des Kochsalz- und Phosphorgehaltes sowie der Flüssigkeitsmenge der Nahrung sowohl in Bezug auf das Zustandekommen des Oedems als auch in einem Falle in Bezug auf den exacten Salzstoffwechsel geprüft. Bei 2 Fällen ging mit Sicherheit, bei einem mit grosser Wahrscheinlichkeit eine acute Ernährungsstörung mit kurz dauernder Nierenreizung voraus. Der klinische Verlauf, das rasche Ablaufen derselben, zeigte schon, dass es sich nicht um eine N. handelte, was in einem Falle auch anatomisch nachzuweisen war. Vom Beginn der Oedeme an bis zu ihrer Abheilung waren jedenfalls bei allen 3 Kindern weder Eiweiss noch Cylinder zu finden. Die Anschwellungen begannen in sämtlichen Fällen in einer Zeit, wo die Nahrungsmenge und also auch ihr Salzgehalt gesteigert wurde. Stets wurde durch Kochsalzzugabe die Wassersucht rapid vermehrt, durch Verringerung der Kochsalzzufuhr exact zum Verschwinden gebracht. Der Stoffwechselversuch zeigte ferner, dass sowohl während der ClNa — als auch während der Phosphorperiode eine erhebliche Salzretention stattfand. Eine solche Retention ist sicherlich eine pathologische Erscheinung: der normale Organismus antwortet auf eine erhöhte Kochsalzeinfuhr stets durch gesteigerte Ausfuhr. Wie ist nun das Zustandekommen der idiopathischen Oedeme zu erklären? Erkrankungen des Herzens, Cachexie, Toxine waren auszuschliessen. Das auch anatomische Erkrankungen der Niere wegfielen, zeigte die makroskopische und mikroskopische Untersuchung der Nieren des einen Kindes, das 17 Tage nach dem letzten Oedem plötzlich starb. Die anatomische Integrität der Nieren bewies hier auch, dass es sich bei der 4 Monate vorher, während der acuten Ernährungsstörung, stattgehabten Eiweiss- und Cylinderausscheidung nicht um eine N. gehandelt hatte. Die anatomische Integrität schliesst indess eine functionelle Schädigung der die Salzausscheidung besorgenden Organe nicht aus. Diese Function haben die Epithelien der Harnkanälchen. Liegt eine Schädigung dieser Epithelzellen nun derart vor, dass sie bei einem gewissen Gehalt des Blutes an Salzen functionsuntüchtig werden, so resultirt daraus eine Ueberladung des Blutes mit Salzen, die dann in das Gewebe ausge-

schieden werden und dort das Wasser fixiren: ein Oedem. Um letzteres zu verhüten oder wenigstens möglichst schnell zu beseitigen, müssen wir den Salzgehalt der Nahrung möglichst gering zu machen suchen. Man gebe Brust- oder Vollmilch, resp. Verdünnungen mit einer Abkochung aus gewöhnlichem Mehl und Zucker und vermeide in derartigen Fällen die salzreichen künstlichen Nährpräparate, denen meist künstlich noch Salz zugesetzt wird.

(Deutsche med. Wochenschrift 1905 No. 87.)

- **Zur Behandlung der N.** giebt Prof. W. Stoeltzner (Halle) die Krankengeschichte eines 2 $\frac{1}{2}$ jähr. Mädchens als glänzendes Beispiel der günstigen Beeinflussung einer schweren parenchymatösen N. durch salzarme gemischte Kost, und er betont, dass die Kost nicht nur salzarm, sondern auch eiweissarm, am besten rein vegetarisch sein muss, wobei es wichtig ist, diese vegetarische Kost quantitativ recht reichlich zu halten.

(Medicin. Klinik 1905 No. 41.)

- **Chloralhydrat bei N. acuta** empfiehlt San.-R. Dr. Storbeck (Magdeburg). Er wandte das Mittel zuerst bei einem an sehr schwerer Scharlachnephritis erkrankten 12jähr. Mädchen an, das er in tiefstem Coma vorfand. Dasselbe schwand nach wenigen Stunden auf Klysmen von 0,3 g Chloralhydrat (2stündlich). Dann wurde das Mittel intern weiter verabfolgt (2mal täglich 0,3 g), was auf die N. einen auffallend günstigen Einfluss ausübte. Später behandelte Autor noch mehrere Fälle von acuter N. mit kleinen Chloralhydratgaben (auch bei Erwachsenen nur 3mal täglich 0,3 g) und sah sehr gute Erfolge. — Eine weitere Mittheilung des Autors betrifft einen Fall von *Lungengangrän*, geheilt durch *Creosotal*. Es handelte sich um einen recht schweren Fall, dessen rasche Heilung der Creosotaltherapie zu verdanken war.

(Allgem. med. Central-Ztg. 1905 No. 42.)

**Ueber die Beeinflussung chronischer Nephritiden durch acute Infectiouskrankheiten** liefert Prof. H. Eichhorst (Zürich) einen Beitrag. Derselbe hat neuerdings 2 Fälle beobachtet, bei denen eine *Scarlatina* Nephritiden, die schon längere Zeit bestanden und bisher therapeutisch nicht beeinflusst werden konnten, zum Verschwinden brachte. Das eine Mal handelte es sich um ein 20jähr. Mädchen, das seit 2 $\frac{1}{2}$  Jahren an einer chron. haemorrhagischen N. litt, das 2. Mal um einen 2 $\frac{1}{2}$ jähr. Knaben mit chron. Schrumpfniere unbekannten Ursprungs. Beide Pat. boten,



nachdem sie eine Scarlatina durchgemacht, keine Symptome der Nierenerkrankung mehr. Autor glaubt allerdings nicht, dass es sich um *anatomische* Heilung handelt, die *klinische* aber war vollständig.

(Medicin. Klinik 1905 No. 42.)

**Obstipatio.** Ueber den therapeutischen Werth des californischen Feigensirups (Califig), eines neuen Abführmittels, berichtet Dr. Fr. Kölbl (Wien). Er hat dasselbe in 76 Fällen von O. aus verschiedenen Ursachen verordnet und war mit den Resultaten sehr zufrieden. Um eine einmalige reichliche Entleerung zu erzielen, genügt  $\frac{1}{2}$ —1 Esslöffel, bei habitueller O. täglich 1—2 Theelöffel; Kinder erhalten stets 1—2 Theelöffel. Califig macht nie Leibschmerzen oder sonstige unangenehme Erscheinungen, es wird selbst von sehr empfindlichen Pat. und Kindern gut vertragen und gern genommen. Die Stuhlentleerungen erfolgen schmerzlos in 6—8 Stunden, bei grösseren Dosen manchmal schon nach 2—3 Stunden. Califig eignet sich als Abführmittel bei acuter und chronischer O. sonst gesunder Menschen, bei O. infolge verminderter Energie der Peristaltik bei chronischen Krankheiten, bei O. infolge von Darmkatarrhen, bei chronischen Affectionen des Peritoneums, bei Icterus, Magenkatarrh, bei O. infolge Erkrankungen des Nervensystems, bei Stenosen und Knickungen des Darmes, Haemorrhoiden u. s. w. Gravidan kann man ruhig Califig geben, ebenso Kindern, z. B. solchen, die an Sommerdiarrhoe leiden. Endlich ist Califig gut verwendbar bei Fettleibigen mit Darmträgheit und Leberanschoppung.

(Wiener med. Presse 1905 No. 33.)

- **Neue Beobachtungen zur Erklärung und rationellen Behandlung der chron. habituellen O.** bringt Prof. Dr. Ad. Schmidt (Dresden). Die Auffassung, dass dies Leiden auf einer primären Schädigung der motorischen Apparate, der Nerven und Muskeln des Dickdarms, beruht, trifft sicher für viele Fälle nicht ein; zum mindesten bedarf sie der Ergänzung dahingehend, dass bei der chron. habituellen O. die Nahrung im Vergleich mit der normalen Verdauung zu gut ausgenutzt wird, sodass zu wenig und zu harter Stuhl gebildet wird. Dies ist das primäre Moment, die mangelhafte motorische Arbeit des Dickdarms, die secundäre: weil so wenig unausgenutzte Nahrungsreste übrig bleiben, entwickeln sich auch weniger Bakterien, und es werden nicht genug Zersetzungsproducte gebildet, um

den Dickdarm zur Peristaltik anzuregen. Wir müssten eine Substanz einführen, welche dem Stuhl grösseres Volumen und grösseren Wassergehalt verleiht, dabei aber völlig unschädlich ist. Eine solche Substanz ist der Agar-Agar. Giebt man dasselbe in Form der in den Handel kommenden ca. 50 cm langen Streifen, zu Schüppchen geschnitten, so quillt es schon im Munde, noch mehr im Magen auf und erscheint in diesem Zustande unverändert in den Faeces wieder. Der Koth wird dadurch wasserreicher, weicher und wird prompter abgesetzt, ohne dass eine Reizwirkung auf die Verdauungsorgane entfaltet wird. Auch bei O. passirt das gequollene Agar-Agar unverändert den Verdauungscanal und macht den Koth weich und voluminös. Bei einem Pat. genügte die Einnahme von 22 g trockenen Agars täglich vollkommen zur Beseitigung der O. Der Stuhlgang wurde nicht nur weicher und voluminöser, sondern er wurde auch täglich spontan abgesetzt. Dieser letztere Erfolg wird aber bei der einfachen Agareinnahme nicht immer erzielt, weil Agar nicht zugleich einen Reiz auf die Darmwände ausübt, wie es die normalerweise im Dickdarm sich bildenden Zersetzungsproducte thun. Man muss zur Entleerung des Kothes daher noch ein chemisches Agens wirken lassen. Autor setzte dem Agar deshalb eine kleine Quantität wässrigen Cascara-extractes (25 %) zu; die chem. Fabrik Helfenberg setzt dies dem Agar so zu, dass es nicht herauszuschmecken ist. Mit dem so hergestellten „Regulin“ hat Autor sehr gute Erfolge erzielt. Die Pat. nehmen es am besten zu Apfelmus oder einem ähnlichen Compott oder zu Kartoffelbrei gemischt, täglich 1 Theelöffel bis 2 Esslöffel (1½ bis 8 g), und zwar consequent Tag für Tag. Es wirkt vor allem bei den leichteren und mittelschweren Fällen sowohl der atonischen wie spastischen Form. Bei schweren Fällen ist es meist nöthig, andere Methoden zu Hilfe zu nehmen. Man darf sich aber auch nicht entmuthigen lassen, wenn Erfolg nicht gleich in den ersten Tagen sich zeigt; man muss dann allmählich die Dosis steigern oder zunächst mit Klysmen etc. nachhelfen. Besonders werthvoll wegen seiner Geschmacklosigkeit ist Regulin für die Kinderpraxis. Giebt es nun nicht noch andere Substanzen, die obigen Bedingungen entsprechen? Autor hat mir eines noch entdeckt: das Paraffin. liquid., das in demselben Sinne auf den Stuhlgang einwirkt wie Agar und unschädlich ist. Man setzt auch dem Paraffin. liquid. etwas Cascaraextract (10 %) hinzu und giebt die emulgirte

Mischung in Gelatinekapseln. Die chem. Fabrik Helfenberg stellt solche mit 3 g Inhalt unter dem Namen „*Pararegulin*“ her, da es zur Unterstützung des Regulins dienen soll; eine Combination beider Mittel ist sehr zweckmässig; Pararegulin allein wirkt schwächer; zur Unterstützung der Regulineur genügen täglich 2—3 Kapseln.

(Münchener med. Wochenschrift 1905 No. 41.)

### **Pneumonie. Die äusserliche Anwendung des Guajakols**

in der Behandlung der P. empfiehlt auf Grund reicher Erfahrungen, die er von 1890—1904 gesammelt hat, Prof. Dr. N. Maldarescu (Bukarest). Besonders veranlasste ihn die rasch nach der Anwendung folgende Entfieberung der Pneumoniker, diese Behandlung Jahre hindurch anzuwenden. Das flüssige Guajakol wird in einer Dosis von 6—8 g auf dem Rücken, entsprechend dem angegriffenen Lungenteil, in einer Ausdehnung von etwa 0,2 qm mittels Wattebauschs eingerieben; die eingeriebene Fläche wird mit einer Watteschicht bedeckt. Nach 6—7 Stunden wird die Temperatur gemessen; ist sie noch nicht normal, wie dies oft zu Beginn der Krankheit beobachtet wird, wird Guajakol zum 2. Male eingerieben. Diese Behandlung wird nicht länger als 3—4 Tage angewendet, da die Pat. in der Folge fieberlos bleiben. Das Maximum des Temperaturabfalles, der mit starken Schweissausbrüchen einhergeht, wird oft schon 3—4 Stunden nach der Anwendung festgestellt. Durch das Guajakol findet ferner Steigerung der Harnabsonderung statt, ebenso der Thränen-, Speichel-, der broncho-pulmonären und Darmsecretion. Aber auch die Athmung wird günstig beeinflusst, desgleichen die Expectoration, Herzthätigkeit und Blutdruck, sowie die Störungen seitens des Nervensystems. Contraindicirt ist die Guajakoltherapie bei Herzkranken; Vorsicht ist geboten bei Kindern und zarten Frauen (Verdünnung des Guajakols mit Glycerin, Wechseln der Einreibungsstelle), sowie bei Herzschwäche, Arteriosklerose etc. (hier gleichzeitig Stimulantia anwenden!). Von 775 mit Guajakol behandelten Pneumoniern wurden geheilt 716, starben 59 = 8%. Zieht man hiervon die moribund Eingelieferten sowie die noch anderweit Kranken (Herz-, Nieren-, Lungenkranken) ab, so bleibt eine Mortalität von etwa 3 % bei ausschliesslicher Guajakolbehandlung, ein sicherlich recht günstiges Resultat!

(Allgem. med. Central-Ztg. 1905 No. 26.)

- **Ueber die Serumbehandlung der fibrinösen P.** lässt sich Dr. Lindenstein (Lazarus-Kranken- und Diakonissenhaus Berlin) aus auf Grund seiner an 4 Fällen gemachten Erfahrungen. 4 Fälle wurden mit dem Römer'schen Pneumokokkenserum (Merck) behandelt, und zwar wurde dieses stets sofort angewandt, sobald die Pat. in Behandlung kamen, was bei allen 4 Pat. am 2. Tage der Erkrankung der Fall war. 3mal handelte es sich um P. des linken Unterlappens: bei einem 5jähr. Kinde, einem 14jähr. Knaben und einem 17jähr. jungen Manne. Dem Kinde wurden 6 ccm des Serums injicirt, den anderen je 10 ccm. Die Temperatur fiel in 2 Fällen nach der Injection um 2°, im 3. um 1°, um allerdings später wieder die frühere Höhe von 40° zu erreichen. Propagation der pñeumonischen Infiltration fand in keinem Falle statt, sodass keine weiteren SerumInjectionen gemacht wurden. Die Krise trat stets am 7. Tage ein und hatte normale Reconvalescenz im Gefolge. *Die auffallendste Wirkung des Serums war in allen Fällen die Besserung des Allgemeinbefindens.* Im 4. Falle (30jähr. Mann) handelte es sich um einen sehr schweren Fall, der trotz der Injection allmählich alle vier Lungenlappen befiel, weshalb eine 2. Injection nöthig wurde. Also ein Einfluss auf die Propagation des Processes war hier nicht zu constatiren, aber auch hier zeigte sich die eclatante Wirkung auf das Allgemeinbefinden.

(Münchener med. Wochenschrift 1905 Nr. 39.)

### **Rheumatismen. Metaplasma, eine neue Art Verbandstoff,**

empfiehlt Dr. L. Sarason (Berlin). Um die Application epidermatisch wirksamer Arzneikörper zu erleichtern, liess er einen Verbandstoff herstellen, welcher aus einer inneren, mit Salicylsäure, Capsicum, Menthol u. s. w. imprägnirten Schicht entfetteter und einer äusseren, mit der inneren Schicht fest verbundenen Lage nicht imprägnirter, unentfetteter, undurchlässiger Watte besteht. Neben einem Metaplasma Mentholi und Capsici, welche als Derivantia in Betracht kommen, weist Autor besonders auf das *Metaplasma Acidi salicylici* als antirheumatisch wirksames Mittel hin. Bereits 1 Stunde nach Application desselben konnte Autor im Harn Salicyl nachweisen. Die mildeste Form der Anwendung besteht darin, dass man die innere (gefärbte) Schicht mit Wasser leicht anfeuchtet oder dass man die Haut selbst benetzt und den trockenen Verbandstoff,

von dem man sich Stücke von entsprechender Grösse abschneidet, herauflegt. Befeuchtung kann ev. unterbleiben, wenn die Haut des Pat. schon mit Schweiss durchtränkt ist. Stärkere und raschere Wirksamkeit verleiht man dem Metaplasma durch Benetzung der Haut resp. der Innenschicht des Verbandstoffes mit verdünntem Alkohol (Spiritus und Wasser aa, Franzbranntwein, Cognac, Eau de Cologne u. dgl.), den stärksten Grad der Wirksamkeit aber, wenn man über das Metaplasma von aussen noch eine heisse Application hinzufügt. Das Salicylmetaplasma findet Verwendung bei allen Rh., bei Lumbago, Ischias, Pleuritis u. s. w.

(Deutsche med. Wochenschrift 1905 No. 32.)

— **Ueber die antirheumatische und antineuralgische Wirkung des Maretins** hat Dr. Kirkovič (II. medic. Universitätsklinik Wien) Erfahrungen gesammelt, aus denen er folgende Schlüsse zieht:

1. Bei acutem Gelenkrheumatismus hat Maretin eine sichere und prompte Wirkung, die sich in raschem Nachlass des Fiebers, der Schwellung und der Schmerzen kundgibt. Sein Vorteil gegenüber den Salicylpräparaten besteht im Wegfall der sich subjectiv meistens sehr lästig bemerkbar machenden diaphoretischen Wirkung. Bei subacuten Fällen können wir selbst dort, wo die Salicyltherapie sich als wirkungslos erwies, auf Heilung oder mindestens auf bedeutende Besserung rechnen. Bei chronischen Fällen bringt das Maretin eine nicht zu unterschätzende Linderung der Beschwerden.

2. Bei manchen Fällen von Neuralgien, lancinirenden Schmerzen und Kopfschmerzen erweist sich das Maretin als ein sehr brauchbares Mittel und ist vielleicht berufen, manche Lücke auszufüllen, die unsere Antineuralgica bis jetzt offen gelassen haben, weshalb es verdient, zur weiteren Prüfung empfohlen zu werden.

3. Was die Dosirung betrifft, halten wir die viertel- bis halbgrammigen Dosen zwei- bis dreimal täglich für die zweckmässigsten.

4. Nach unseren bisherigen Erfahrungen haben wir keine subjectiven Nebenwirkungen des Maretins zu verzeichnen, obwohl wir bis 1.0 pro dosi und 2.50 pro die verabreicht haben. Die bei Phthisikern beobachteten reichlichen Schweissausbrüche kamen bei unseren Fällen nicht vor. Dagegen trat bei zwei Patientinnen mit febrilem Gelenkrheumatismus (3. und 4. der geschilderten Fälle), bei welchen mehrere Tage hindurch grosse Dosen angewendet

wurden, und bei einer Patientin mit florider Phthise, die längere Zeit zweimal täglich 0.25 Marenin nahm, leichte subicterische Verfärbung der Skleren und der Haut auf. Bei zwei von diesen Fällen konnten wir auch den Verlauf dieser Complication beobachten. Die Kranken hatten weder subjective Beschwerden noch Leberschwellung und das subicterische Colorit verschwand in ca. 10 Tagen. Immerhin würde es sich empfehlen, während der Mareninbehandlung den Urin fortlaufend zu untersuchen und beim Auftreten von positiver Urobilin- oder Aldehydreaction, die als Vorläufer des Icterus erscheinen, die weitere Verabreichung des Mittels zeitweise oder ganz auszusetzen.

(Wiener klin. Wochenschrift 1905 No. 37.)

### **Rhinitis. Ueber Wasserstoffsuperoxydbehandlung bei hoch-**

**gradiger Stinknase** macht Dr. Hadelich Mittheilung. Eine jahrelang bestehende Ozaena mit ungemein starkem Gestank war verschiedentlich ohne Erfolg behandelt worden. Pat. erhielt die Ordination: 30 % Wasserstoffsuperoxyd 20 g, mit Aq. dest. 180 g verdünnt, ca. 20° C. warm, mittels der Fränkel'schen Nasenkanne wiederholt durchlaufen lassen, 2mal täglich. Nach 2 Tagen präsentirte sich Pat. als vollkommen geruchlos. Die Application machte keine Beschwerden. Die Medication wurde bald auf 1mal täglich reducirt. Auch nach 3 Tage langer Unterbrechung kaum eine minimale Andeutung von Geruch wahrnehmbar. Sollte auf diesem Wege definitive Heilung nicht zu erreichen sein, so wäre allabendliche Nasendouche ein sicheres Mittel, das Uebel zeitlebens nicht wieder hervortreten zu lassen. — Aehnliche überraschende Erfolge sah Autor bei verschiedenen anderen Nasenkrankheiten. Selbst bei anatomisch bedingter Stenose trat deutliche Erleichterung ein. Die Resultate waren mit Rücksicht auf die Unzugänglichkeit der Nebenhöhlen gar nicht in so hohem Masse erwartet worden, als sie thatsächlich eintraten. Vielleicht setzt sich die chemotactische Wirkung des nascirenden Sauerstoffs auf diese Höhlen fort. Jedenfalls bietet  $H_2O_2$  wesentliche Vortheile. Bei Ausschluss der Intoxicationsgefahr wirkt es antiseptisch, Eiter und Blut auflösend, feste Krusten mindestens lockernd, auf blutende Stellen styptisch.

(Aerztl. Verein in Nürnberg, 4. Mai 1905. — Münchener med. Wochenschrift 1905 No. 38.)

- **Die Behandlung der genuinen Ozaena (sowie der nicht fötiden atrophischen Rh.) mittels der permanenten Tamponade,** die er schon 1897 angegeben, empfiehlt Dr. Fr. Bruck (Berlin) von neuem:

„Diese Methode beruht auf dem Princip der von Gottstein in die Ozaenatherapie eingeführten Wattetamponade, wobei bekanntlich ein nur locker gedrehter Tampon von hydrophiler Watte derart ins Naseninnere eingelegt wird, dass damit aufs genaueste die gesammte borkenproducirende Schleimhaut — und zwar nur diese — in directe, mässig feste Berührung kommt. Ein so lege artis eingeschobener trockner, entfetteter Wattetampon wirkt einmal durch seinen Reiz als Fremdkörper secretionsanregend auf die atrophische Schleimhaut und erzeugt dadurch ein weniger dickes, weniger wasserarmes Secret; dann aber saugt er zugleich auch diese so entstandene flüssigere Absonderung vermöge seiner hydrophilen Eigenschaft sofort begierig auf und verhindert dadurch ihre Eintrocknung. Durch diese secretionsanregende und secretaufsaugende Fähigkeit des hydrophilen Wattetampons gelingt es nun erstens, die festhaftenden Krusten von ihrer Unterlage zu lösen, sodass sie verflüssigt zum Theil mit dem Tampon, dem sie aufsitzen, zum Theil durch den einfachen Schneuzakt — ohne Nasendouche — leicht entfernt werden können; zweitens aber ist der Tampon vermöge seiner eben genannten beiden Eigenschaften im Stande, wenn er in eine von Ozaenakrusten völlig befreite Nasenhöhle eingelegt wird, die Production neuer Krusten überhaupt zu verhüten. Indess der Gottsteinsche Tampon hat den grossen Nachtheil, dass er die Nasenathmung gänzlich aufhebt. Deshalb dürfen niemals, wie schon Gottstein betont hat, beide Nasenhälften gleichzeitig tamponirt werden. Es wird also immer eine Nasenseite längere Zeit hindurch tamponfrei sein, und es muss daher in dieser tamponfreien Nasenhöhle bald nach Aufhebung der Tamponade die Secret-eintrocknung wieder von neuem beginnen und sich um so intensiver weiter entwickeln, je länger, wie z. B. während der Nacht, dies freie Intervall dauert. An Stelle dieser temporären Tamponade („temporär“ nannte sie Gottstein selbst) habe ich nun die erweiterte und hierdurch weit leistungsfähigere permanente Tamponade gesetzt, die eine kontinuierliche Reiz- und Drainagewirkung, und zwar für beide Nasenseiten gleichzeitig ermöglicht. Zu diesem Zwecke wird, nachdem zunächst die Nase vom Arzte ganz secretfrei gemacht worden ist, was durch



alleinige Anwendung des Wattetampons geschehen kann, zu gleicher Zeit in jede erkrankte Nasenseite ein den individuellen Verhältnissen angepasster Streifen von trockenem, hydrophilem Mull eingeschoben, und damit die ozaenakranke Schleimhaut in ihrer ganzen Ausdehnung so locker bedeckt, dass eine vollkommen ausreichende Nasenathmung beiderseits stattfinden kann. Länge und Breite des Streifens werden von Fall zu Fall bestimmt — oft erst nach mehrfachen Versuchen — und sind abhängig von der Ausdehnung der Erkrankung und von der Geräumigkeit des Naseninnern unter sorgfältigster Berücksichtigung der Nasenathmung. Dabei ist wohl zu beachten, dass der Mullstreifen an sich zwar naturgemäss nicht so energisch wirken kann wie der Wattetampon, dass aber die einseitige, temporäre Wattetamponade als Ganzes an Wirksamkeit weit übertroffen wird von der doppelseitigen, permanenten Mullstreifentamponade. Die Einschiebung eines solchen Streifens geschieht sehr einfach mit einer entsprechend starken elastischen Nasenbougie<sup>1)</sup> und ist vom Pat. nach genauer Unterweisung besonders bezüglich der einzuschlagenden Richtung leicht zu erlernen. Hierbei empfiehlt es sich zur bequemeren Einführung, die vorher durch Messen festgestellte Grösse des Mullstreifens derart umzuändern, dass man ihn doppelt so lang, aber dafür nur halb so breit nimmt. Legt man ihn nun in der Mitte einmal zusammen, aber so, dass seine beiden Hälften nicht aufeinander liegen, sondern etwas divergiren, so hat man ungefähr das ursprünglich genommene Maass in Bezug auf Länge und Breite. Und stülpt man jetzt den Streifen genau in der Mitte fest über die Bougie, wobei man seine beiden Hälften richtig auseinanderhält, so ist man im Stande, ihn mit grosser Leichtigkeit bis nach hinten zu führen und ihm auch innerhalb der Nasenhöhle die richtige Lage zu geben. Erst wenn der Streifen vollständig im Naseninnern verschwunden ist, darf man die glatte Bougie herausziehen, wobei der Streifen in der Nasenhöhle zurückbleibt. Niemals aber darf dies vorzeitig geschehen und dann etwa der aus der Nasenöffnung heraussehende Rest noch nachträglich hineingestopft werden. Denn dann würde ja nur ein Theil der Nasenschleimhaut bedeckt werden, und zwar in einer Weise, die die Nasenathmung unmöglich macht. Die Bougie

<sup>1)</sup> Am billigsten stellt man sich eine solche durch entsprechende Verkürzung einer englischen cylindrischen Harnröhrenbougie her, deren Stärke in jedem Falle nach dem englischen Maassstabe bestimmt wird.

muss ferner stets sauber und ihr Lacküberzug in gutem Zustande sein, damit der Streifen nicht an ihr kleben bleibt und beim Herausziehen des Instruments mitfolgt. Die Streifen stellt man sich am bequemsten aus den vorrätigen Mullbinden her, die mit fester (gewebter) Kante in Breiten von 1, 1 $\frac{1}{2}$ , 2, 3 u. s. w. cm in den Handel kommen.<sup>2)</sup> Andere Breiten braucht man nicht. Man hat also nur nöthig, sich die entsprechende Länge mit scharfer Scheere abzuschneiden. Sobald sich derartige Streifen, deren Anwesenheit im Naseninnern von allen Ozaenakranken als grosse Annehmlichkeit empfunden wird, mit eitrigem Schleim vollgesogen haben, was sich dem Kranken ohne weiteres fühlbar macht, werden sie mühelos ausgeschoben. Gelingt die Entfernung auf diese Weise nicht leicht, so beweist dies, dass der Streifen noch nicht lange genug gewirkt hat, und er muss daher noch länger in der Nasenhöhle verweilen, um die Flüssigkeitsabsonderung zu verstärken. Ist er aber von flüssigem Secret vollständig durchtränkt, dann muss er auch sofort entfernt werden, denn bei noch längerem Liegenbleiben in der Nase würde er selbst üblen Geruch annehmen und auch, da er imbibitionsunfähig seine Wirkung eingebüsst hat, der Neubildung fötider Borken machtlos gegenüberstehen. Nachdem dann noch durch abermaliges Schnenzen die Nasenhöhle von den zurückgebliebenen losen, dickflüssigen Secreten mit Leichtigkeit befreit worden ist, wird unmittelbar darauf ein neuer trockner Mullstreifen eingeführt, der wiederum, nachdem er seine Aufgabe ganz erfüllt hat, vom Kranken ohne Mühe ausgeschoben wird. So ist die Möglichkeit einer gleichzeitig in beiden Nasenhälften permanent, das heisst Tag und Nacht ohne Unterbrechung stattfindenden Reiz- und Drainagewirkung gegeben, sodass es bei consequenter und richtiger Ausführung dieser Methode niemals, auch nicht vorübergehend, zur Krustenbildung und zum Auftreten des Fötors kommen kann. Und all dies wird erreicht, ohne dass jemals die Nase ausgespült zu werden braucht. Wird aber auch durch die permanente Tampenade eine fortdauernde Reiz- und Drainagewirkung ermöglicht, so ist damit selbstverständlich nicht gesagt, dass sie auch in jedem Falle ohne Unterbrechung permanent ausgeübt werden muss. Wenn nämlich infolge der continuir-

<sup>2)</sup> Zu beziehen in Längen von 20 m von Moritz Böhme. Verbandstoffabrik, Berlin N, Oranienburgerstrasse 65. Diese Mullbinden sind auch sterilisirt käuflich.

lichen Einwirkung des Mullstreifens der Reiz ein zu starker geworden, also eine Art Heileffect eingetreten ist, dann muss eben, solange dieser vorübergehende Zustand anhält, eine Pause in der Behandlung stattfinden. Die fortdauernde Anwesenheit eines reizausübenden und secretaufsaugenden Fremdkörpers im Naseninnern hat aber noch eine weitere grosse Bedeutung für den Organismus. Denn dadurch kommt innerhalb der Nasenhöhle die physiologisch so nothwendige und bei der atrophischen Rhinitis fast ganz verloren gegangene Vorbereitung der Inspirationsluft zu Stande, die in deren Erwärmung, Anfeuchtung und Reinigung besteht. Indem die Inspirationsluft nämlich durch den feuchten, durch seine Falten die Oberfläche sehr vergrössernden, engmaschigen Mullstreifen hindurchströmt, wird sie in dreifacher Weise für ihre wichtige Function vorbereitet. Denn erstens wird sie durch den infolge des Fremdkörperreizes verstärkten Blutzufuss zur Schleimhaut, wodurch diese die Wärme bedeutend besser leitet und abgibt, in ihrer Temperatur erhöht, zweitens infolge der so gesteigerten Wärmeleistung der Nase und der dadurch hervorgerufenen reichlicheren Verdunstung der in den Mullstreifen eingesogenen Feuchtigkeit wasserreicher, und endlich drittens durch das mit zähem, klebrigem Schleim bedeckte enge Filter von den in ihr schwebenden Staubpartikelchen grösstentheils gereinigt. Ferner aber werden, solange die Mullstreifen in den Nasenhöhlen ihre Wirkung entfalten, die subjectiven Beschwerden, wie Kopfschmerzen, Kopfdruck, ein Trockenheitsgefühl in der Nase und im Halse, sowie ein Gefühl von Verstopftsein in der Nase, gänzlich zum Schwinden gebracht. Alle diese Vortheile meiner Methode kommen aber auch der nicht fötiden atrophischen Rhinitis zugute, namentlich wenn diese mit hochgradiger Weite des Nasenlumens einhergeht, sodass auch dieses Leiden ebenso wie die genuine Ozaena durch die permanente Nasentamponade bis jetzt am erfolgreichsten bekämpft wird.“

(Medicin. Klinik 1905 No. 42.)

— **Ein dauerhafter Nasenspüler** wurde von Dr. Arth. Hofmann construirt und von der Firma Eichbaum in Bonn geliefert. Er besteht zum grössten Theile aus Metall und lässt sich sehr leicht reinigen.

(Münchener med. Wochenschrift 1905 No. 37.)

**Syphilis. Die therapeutische Verwendbarkeit des Jothions**

rühmt Dr. R. Volk (k. k. Allgem. Krankenhaus Wien), der das Präparat bei einer grossen Anzahl von Syphilitikern mit bestem Erfolge anwandte. Am besten rein aufgegipfelt (3—5 ccm auf einmal, die Stellen wechselnd, bei Pat. mit sehr empfindlicher Haut mit Ol. Olivar. verdünnt), wird es von der Haut aus rasch resorbiert und wirkt prompt ein, namentlich in den späteren Stadien der S., wo es besonders da von unschätzbarem Werthe ist, wo Jodpräparate intern nicht toleriert werden. Da man sehr grosse Dosen anwenden kann, wird man zu Jothion gern greifen, wo rasche Beeinflussung nöthig ist. Jodismus kommt recht selten vor. Manchmal verursacht das Jothion Brennen und Jucken, wogegen aber Amylpuderung rasch hilft. — Jothion als 20—25%ige Salbe leistete auch recht gute Dienste bei nicht zu alten Infiltraten im Nebenhoden nach blennorrhöischer Epididymitis (abwechselnd mit Wärmeapplication) und bei Prostatitis in Form von Suppositorien (0,2—0,3 pro dosi) als Ersatz für Jodjodkalisuppositorien.

(Die Heilkunde, Juli 1905.)

- **Wöchentliche grosse Sublimatinjectionen als reguläre Syphilisbehandlung** empfiehlt Dr. R. Krefting (Christiania) auf Grund seiner Erfahrungen, die sich auf 750 Injectionen bei 80 Kranken erstrecken. Injicirt wurden wöchentlich 10 g einer  $\frac{1}{2}$ %igen Lösung, also 5 cg pro dosi. Der Erfolg war prompt und dauerhaft. Unannehmlichkeiten riefen die Injectionen nicht hervor. In den Nates konnte man lange Knoten fühlen, nie jedoch entstanden Abscesse. Die Injectionen wurden nicht so tief gesetzt, als die von unlöslichen Verbindungen, andererseits aber auch nicht zu nahe der Haut. Eine Nadel von  $3\frac{1}{2}$  cm Länge genügt. Für eine reguläre Cur sind 8 Injectionen genügend. Autor schliesst: „Meine Versuche mit wöchentlichen grossen Sublimatinjectionen — 10 g einer  $\frac{1}{2}$ %igen Lösung (2% Chlornatrium) — haben mir gezeigt, dass diese Behandlungsweise als eine reguläre ambulatoische Behandlung der S. der Männer empfohlen werden kann, sowohl bei schweren als leichten Fällen. Die Frauen werden kaum so grosse Dosen vertragen.“

(Berliner Klin. Wochenschrift 1905 No. 38.)

- **Einige Bemerkungen über die Behandlung der S.** macht Prof. M. v. Zeissl (Wien). Von mancher Seite wird behauptet, dass dann, wenn wir die ersten Eruptionen

energisch mit Hg behandeln, die Spätformen ausbleiben. Das kann Autor nicht bestätigen. Er beginnt die mercurielle Behandlung erst dann, wenn das erste Exanthem abzublassen beginnt, und führt dann die Mercurialisierung energisch durch, d. h. er lässt zur Zeit des ersten Exanthems wenigstens 40 Einreibungen à 3—5 g appliciren oder 40 Injectionen à 0,01 Sublimat oder eines anderen löslichen Quecksilberpräparates subcutan verabreichen oder das erste Exanthem durch 10—20 hochprocentige Injectionen eines löslichen Quecksilberpräparates beseitigen, mit jeder Quecksilbercur aber auch intern Jod nehmen und nach Abschluss jener Behandlung noch durch 2 Monate 1—2 g Jodnatrium täglich consumiren, wenn der Pat. auch frei von Symptomen war und blieb. Sowie ein Recidiv eintritt, wird sofort die Behandlung von neuem unternommen. Wenn ein Pat. durch wenigstens 1 Jahr frei von allen Symptomen bleibt, wird Heirath gestattet, vorher aber noch einige Wochen eine energische Quecksilber- und Jodeur gemacht. Bei diesem Vorgehen hat Autor noch nie hereditärsyphilitische Kinder kommen sehen. Aber die energische Mercurialisierung in der ersten Zeit der Erkrankung verhindert nicht in allen Fällen das Auftreten gummöser oder anderer schwerer Erkrankungen. Das hat Autor mehrfach erfahren und bringt einige Beispiele dafür. Seine Anschauungen über die Behandlung der S. kurz zusammenfassend, stellt er folgendes als therapeutische Regel hin. Erstens: die Präventivallgemeinbehandlung mit Hg, d. h. Ausübung einer Schmier- oder Injectionscur, ehe Allgemeinerscheinungen der S. aufgetreten sind, ist streng zu vermeiden. Vielfache Erfahrung hat nämlich Autor gelehrt, dass die Präventivallgemeinbehandlung mit Hg die definitive Heilung der S. verzögert und zu einer grösseren Anzahl von Recidiven Veranlassung gibt, ferner dass die Präventivallgemeinbehandlung gummöse Erscheinungen und Erkrankungen des Centralnervensystems begünstigt. Zweitens ist es eine nicht selten vorkommende Erscheinung, dass, wenn an einem Luetischen das erste Exanthem auftritt, unter der Einwirkung der ersten Einreibung mit grauer Salbe oder der ersten Quecksilbereinspritzungen die einzelnen Efflorescenzen deutlicher auftreten und intensiver sich röthen. Der Behauptung, dass Quecksilberpräparate, die langsam aus dem Organismus ausgeschieden werden, bessere Heilresultate erzielen als solche, welche rasch ausgeschieden werden, kann Autor aus zwei Gründen nicht beistimmen. Erstens sah er auch

bei der Anwendung von Calomel, welches sehr langsam ausgeschieden wird, sehr häufig Recidive auftreten, und zweitens sagt Naunyn mit Recht, dass wir trachten sollen, dass das incorporirte Hg so rasch wie möglich aus dem Körper ausgeschieden werde, damit der Pat., wenn ein Recidiv auftritt, für das neu eingeführte Hg wieder empfänglich sei; ist zur Zeit, wo ein Recidiv auftritt, der Organismus noch mit Hg gesättigt, so sind wir genöthigt, viel grössere Dosen Hg anzuwenden, um die neu auftretenden Erscheinungen zum Schwinden zu bringen. Endlich soll man sich nicht eigensinnig auf die eine oder andere Behandlungsweise beschränken. Wenn auch die Einreibungscur die energischste ist, so kennt Autor doch Fälle, wo bei dieser Cur Hg im Harn oder Stuhl nicht nachgewiesen werden konnte, die Krankheitserscheinungen sich auch nicht besserten, während dann bei Injectionen letztere sich verloren und Hg nachzuweisen war. Bei ausgebreiteten Geschwüren an der Haut wird man an Stelle der Einreibungen Sublimatbäder im Gärtner'schen Zweizellenbade oder grosse Stücke grauen Pflasters anwenden. Das Verhalten einzelner Individuen gegen gewisse Quecksilberpräparate ist ein sehr verschiedenes. So sah Autor bei zwei Pat. nach Application einer 0,03 Quecksilbersuccinimidinjection blutige Diarrhöen und Collaps, beide Pat. vertrugen aber anstandslos eine energische Einreibungscur (4—5 g pro die). Einzelne Pat. wurden bei Gebrauch von Protojoduretum Hydrarg., trotzdem jede Pille 0,01 Opium enthielt, von blutigen Diarrhöen befallen, während andere diese Pillen ohne Opiumzusatz gut vertrugen. Dieser eigenthümlichen Idiosynkrasie gegen ein einzelnes Präparat wird man Rechnung tragen müssen und, wenn in einem Falle eine Quecksilberbehandlung versagt, eine andere verordnen. Eiweissreiche Kost, Aufenthalt in guter Luft ist geboten, Alkohol contraindicirt, da derselbe namentlich Erscheinungen an der Mund- und Rachenschleimhaut zu begünstigen scheint.

(Münchener med. Wochenschrift 1900 No. 39.)

**Tumoren.** Ueber die Beeinflussung der Menstruation durch cerebrale Herderkrankungen lässt sich Privatdoc. Dr. Ed. Müller (Breslau, Medicin. Klinik) aus. Er hat in den letzten 1 $\frac{1}{2}$  Jahren 5 Fälle gesammelt, welche durchaus für die Möglichkeit einer Beeinflussung der Menstruation durch Hirngeschwülste sprechen und zur Genüge

beweisen, dass dauernde Amenorrhoe das früheste Symptom einer Erkrankung an Tumor cerebri, auch bei Localisation der Geschwulst im Kleinhirn und im Occipitallappen, darstellen und dadurch gelegentlich eine beginnende Schwangerschaft vortäuschen kann. Wenn, wie z. B. bei dem einen Falle, bei einer jungen und sonst völlig gesunden Frau die früher stets regelmässigen Menses bald nach der Hochzeit plötzlich aussetzen und sich Erbrechen, sowie zeitweise Kopfschmerzen einstellen, so denkt man doch zunächst an Gravidität und nicht an Hirngeschwulst. Es handelte sich aber bei den 5 Fällen zum Theil um Virgines, zum Theil um Frauen, die zweifellos zur Zeit der Erkrankung an Hirntumor nicht schwanger waren; die Amenorrhoe war abhängig von der cerebralen Herd-erkrankung. Dass das Gehirn die Geschlechtsfunctionen und speciell die Menstruation beeinflussen kann, ist ja bekannt. Wir kennen den Einfluss physischer Erregungen auf die Menses, wir finden Menstruationsstörungen vielfach bei Psychosen, auch im Anfangsstadium, trotz scheinbar normaler Genitalien und trotz sonstiger körperlicher Gesundheit, wir kennen die Amenorrhoe bei beginnender Akromegalie mit Hypophysentumoren u. s. w. Wie lässt sich nun diese Abhängigkeit der Menstruationsstörung von einer Hirngeschwulst erklären? Es sind auch hier verschiedene Möglichkeiten gegeben. Von malignen Tumoren wird vielfach behauptet, dass sie gewisse toxische Producte liefern, die Allgemeinwirkungen und z. B. die begleitende Kachexie bedingen sollen. Auch wenn man die Richtigkeit dieser Hypothese voraussetzt, so ist es immerhin recht bemerkenswerth, dass in obigem Material die bekannten Anzeichen solcher Allgemeinwirkungen, z. B. die secundäre Anaemie und die Abmagerung völlig fehlten. In 2 Fällen trat sogar eine auffällige Zunahme des Fettpolsters ein. Ausserdem war die Amenorrhoe ein Frühsymptom, das sich keineswegs an gleichzeitige Störungen des Allgemeinbefindens knüpfte und in einem Theil der Fälle sogar allen übrigen Krankheitserscheinungen monatelang voraus-eilte. Dadurch wird auch der Einwand entkräftet, dass gewisse Allgemein- und Localsymptome des Hirntumors zur indirecten Ursache der Menstruationsstörung geworden sind. Es wäre z. B. möglich, dass ein stetiges cerebrales Erbrechen den Ernährungszustand derart ungünstig beeinflusst, dass ein secundäres Versiechen der Menses erklärlich würde. In einzelnen Fällen von Hirntumor tritt auch relativ frühzeitig ein rascher und schwerer körperlicher

Verfall auf, trotz vollkommen genügender, ja sogar vermehrter Nahrungsaufnahme, trotz anscheinend guter Verdauung und anatomischer Integrität der übrigen Organe und trotz des gänzlichen Fehlens von cerebralem Erbrechen. Diese bei Tumoren verschiedener Hirnprovinzen beschriebene Erscheinung erinnert lebhaft an die bei Geisteskranken unabhängig von Lebensweise und Ernährung vorkommenden, erheblichen Schwankungen des Körpergewichts. Derartige schwere Ernährungsstörungen deuten sicherlich auf eine Schädigung uns noch unbekannter cerebraler Centren hin, welche mittelbar — vielleicht durch ihre Beziehungen zum N. sympathicus — auf den Stoffwechsel gewisse regulatorische Einflüsse ausüben. Dass dies in obigem Material zutrifft, ist unwahrscheinlich. Es fehlten wenigstens die bekannten, klinischen Symptome solcher Stoffwechselanomalien. Nur im Fall III mit rapider Zunahme des Fettpolsters schon im Beginn der Erkrankung drängt sich die ursächliche Bedeutung des Gehirnleidens für die Stoffwechselstörung auf. Das Körpergewicht nahm bei der zuvor mageren, nicht anaemischen und anfänglich nicht bettlägerigen Patientin mit völlig gesunden inneren Organen rasch um fast 25 kg zu, trotz anfänglichen Erbrechens und trotz quantitativ und qualitativ unveränderter Nahrungsaufnahme. Der Fall erinnert zweifellos, obwohl als Sitz der Neubildung wohl nur die hintere Schädelgrube in Betracht kommt, an die Adipositas universalis bei manchen Hypophysentumoren und mahnt uns, an eine indirecte Beeinflussung der Menstruation durch die cerebrale Herderkrankung zu denken. Wir wissen ja, dass bei zunehmender Fettleibigkeit die Menses leicht aussetzen. Dieser Modus ist bei der Patientin möglich, aber nicht wahrscheinlich, und zwar deshalb, weil es sich nicht um ein allmähliches Versiechen der Menses unter gleichzeitiger Vermehrung des Fettpolsters handelt, sondern um eine überraschende und zwar noch vor der Adipositas einsetzende Amenorrhoe. In obigen Fällen fehlten — zum Theil auch autoptisch — sowohl complicirende Erkrankungen der Brust- und Bauchorgane (insbesondere des Geschlechtsapparates), als auch im Beginn der Amenorrhoe alle Anhaltspunkte für eine wesentliche Störung des Allgemeinbefindens und des Gesamtzustandes. Die Amenorrhoe war nicht nur ein Frühsymptom, sondern sogar das erste alarmirende Signal des Gehirnleidens. Andere Ursachen, welche das frühzeitige Aussetzen der Menses uns erklären könnten, fanden sich nicht. Es bleibt also nur die An-



nahme übrig, dass die Hirngeschwulst die Amenorrhoe verursachte, und zwar entweder durch rein nervöse Einflüsse oder auf dem Umwege über eine Stoffwechselanomalie, die sich durch wesentliche Störungen des Allgemeinbefindens nicht verräth und einem klinischen Nachweis durch unsere jetzigen Methoden nicht zugänglich ist. Das erstere ist wohl wahrscheinlicher als das letztere. In obigen Fällen lagen nun weder Hypophysentumoren, noch in der Nähe der Glandula pituitaria gelegene Processe vor. Es handelte sich vielmehr in den drei besonders prägnanten Fällen um Kleinhirngeschwülste und in einem weiteren um einen Tumor im Occipitallappen. Die frühzeitige und wohl cerebral bedingte Amenorrhoe ist also nicht ein reines Localsymptom einer Neubildung, welche die Hypophysis selbst einnimmt oder wenigstens in ihrer Nachbarschaft sich entwickelt, sondern mehr ein „Allgemeinsymptom“ der Hirntumoren. Immerhin kann die Menstruationsstörung, wie alle Allgemeinsymptome, durch ihre Eigenart vielleicht eine gewisse, wenn auch bescheidene localdiagnostische Bedeutung erlangen. Es scheint nämlich, dass mit besonderer Vorliebe die Geschwülste der Hypophysis und der ihr benachbarten basalen Bezirke, sowie solche Tumoren verschiedenen Sitzes, die mit frühzeitiger Entwicklung eines starken Hydrocephalus und raschem Verfall des Sehvermögens einherziehen, durch eine initiale Amenorrhoe sich ankündigen. Ein starker Hydrocephalus mit rascher Erblindung und schweren Allgemeinerscheinungen schon im Beginne der Erkrankung ist nun gerade bei Geschwülsten in der hinteren Schädelgrube recht häufig. So wird es uns verständlich, dass auch beim Sitz des Tumors im Kleinhirn die initiale Amenorrhoe vielleicht doch ein von der Hypophysis abhängiges Frühsymptom sein kann. Bei starkem Hydrocephalus pflügt sich der Recessus infundibuli blasenförmig auszubuchten und den Trichter vorzuwölben. Dadurch mag wohl ein erheblicher Druck nicht nur auf das Chiasma, sondern auch auf die Hypophysis selbst entstehen. Doch ist auch ohne einen derartigen Vorgang eine Funktionsstörung der Glandula pituitaria durch alle Allgemeinerkrankungen einer Hirngeschwulst möglich, die wir gern unter der „intracraniellen Drucksteigerung“ zusammenhalten. Wenn wirklich die Amenorrhoe in obigen Fällen von Kleinhirntumor durch Störungen der Hypophysenfunktion bedingt war, so ist es allerdings auffallend, dass sie in 2 Fällen allen übrigen klinischen Erscheinungen voraus-

eilte; man müsste eigentlich gleichzeitig auch andere Allgemeinerscheinungen erwarten. Wie dem auch sei, soviel steht fest, dass Amenorrhoe von Gehirntumoren abhängig sein kann. Eine cerebrale Beeinflussung der Menstruation ist bei Hirntumoren jedoch mit einiger Wahrscheinlichkeit nur dann anzunehmen, wenn man sich durch sorgfältige Untersuchung des Allgemeinzustandes und der inneren Organe (einschliesslich des Geschlechtsapparates) überzeugt hat, dass sonstige erklärende Ursachen fehlen.

(Neurolog. Centralblatt 1905 No. 17.)

- **Ein schmerzhaftes Knötchen ungewöhnlicher Art** fand Privatdoc. Dr. Alfr. Fuchs (Wien) bei einem 48 jähr. Manne. Derselbe litt seit 6 Jahren an Schmerzen unterhalb des linken Rippenbogens, die in den letzten Jahren so heftig geworden, dass er berufsunfähig wurde. Der Schmerz sollte hauptsächlich von einem Punkte ausgehen, woselbst er ein Knötchen in der Haut zu tasten glaubt. In der That fand Autor 2 Querfinger unterhalb des linken Rippenbogens, in der Verlängerung der vorderen Axillarlinie, scheinbar in der Haut eingebettet, die Oberfläche aber nicht vorwölbend, ein hirsenkorngrosses Gebilde, dessen leiseste Berührung schon schmerzhaft war. Aeusere Decke über dem kleinen Tumor unverändert. Pat. sonst ganz gesund. Diagnose: Neurom eines Hautnerven. Exstirpation einer kleinen Hautfalte mit dem Tumor. Derselbe lag zwischen Corium und subcutanem Fettgewebe. Nach der Untersuchung musste man ihn als eine Drüse ohne Ausführungsgang, am ehesten ein Epithelkörperchen oder als ein einem Nebennierenadenom ähnliches Gebilde ansprechen. Räthselhaft blieb es, auf welche Weise ein solches Gebilde in die Haut gelangte, und warum es so intensive Schmerzen spontan und bei Druck auslöste. Vom Momente der Exstirpation ab war Pat. schmerzfrei und arbeitsfähig.

(Neurolog. Centralblatt 1905 No. 18.)

- **Ueber Heilung eines Hautepithelioms durch directe Sonnenbestrahlung** berichtet M. Hirschberg. Er hat es an seiner eigenen Haut erfahren, dass die directen Sonnenstrahlen eine sehr bemerkenswerthe Heilkraft bei Hautaffectionen zu entfalten vermögen. Autor hatte am Helix seines rechten Ohres ein etwa  $1\frac{1}{2}$  cm langes und  $\frac{1}{2}$  cm breites Epitheliom. Er verschob die Operation bis zur Rückkehr von einer Reise, die er im December v. J. unternahm und die nach dem über Territet am Genfer See,

1100 m hoch gelegenen Caux ging. Dort war gerade fast 4 Wochen lang das herrlichste Wetter, Temperatur in der Sonne zwischen  $+20-25^{\circ}$  C. Autor machte fast täglich längere Spaziergänge auf einem schneebedeckten Bergweg, der von der Südsonne direct beschienen war. Nach zehn Tagen entdeckte er plötzlich, dass die untere Parthie des Epithelioms sich abblätterte; nach Entfernung des Stückchens mit der Scheere fühlte sich die darunter liegende Haut vollkommen glatt und trocken an und war von normalem Aussehen. Die Zerstörung des unteren Epitheliomabschnittes, die zu Hause mit starken Aetzmitteln nicht gelingen wollte, war zweifellos die Wirkung der Sonnenstrahlen, und Autor beschloss, letztere systematisch zu benutzen zur weiteren Zerstörung des Tumors. Er wanderte täglich 1—2 Mal bis zu 2 Stunden einen völlig schattenlosen Weg, sodass das rechte Ohr direct von der Südsonne weiter beschienen wurde. Nach etwa 2 Wochen hob sich der Rest des Epithelioms in gleicher Weise ab wie der erste Theil, und es verblieb nur eine stecknadelkopfgrosse Stelle, die nachträglich durch einmalige Aetzung zerstört wurde. Ein Recidiv ist bisher (8 Monate) nicht aufgetreten. — Wenn man die Lichtstärke der Sonne möglichst ungeschwächt zu Heilzwecken ausnutzen will, dann muss man die Sonne an Orten und zu Zeiten aufsuchen, wo die Hindernisse für den Durchtritt ihrer Strahlen möglichst gering sind. Das ist der Fall im *Hochgebirgswinter*, wo sich alle Bedingungen vereinigt finden, welche eine kräftige Sonnenstrahlung gewährleisten. Während des Winters befindet sich die von uns bewohnte nördliche Halbkugel der Erde in der Sonnennähe, die Intensität der Sonnenstrahlen nimmt zu mit der Höhe, der Wasserdampfgehalt, der die wirksamsten Strahlen absorbiert, nimmt mit der Höhe ab, und die Luft enthält auch umsoweniger Wasserdampf, je kälter sie ist, endlich ist die Luft frei von Verunreinigungen. Bedingen die aufgezählten Momente schon eine gute Durchlässigkeit der Sonnenstrahlen, so ist zu Gunsten der Wintersonne noch hervorzuheben, dass ihre Strahlung im Hochgebirge bereits mit dem Sonnenaufgang hohe Werthe erreicht und dieselben bis fast zum Sonnenuntergang behält; dadurch kann die ganze Zeitdauer der Behandlung ausserordentlich abgekürzt werden, denn man kann an sonnigen Tagen die Pat. 5—6 Stunden der Belichtung aussetzen. Soweit das Epitheliom in Frage kommt, stellt sich Autor die Wirkung der Sonnenbestrahlung folgendermassen vor: Bei längerem Aufenthalt im Hochgebirge bräunt sich im

Winter bei Sonnenschein und Schnee allmählich die unbedeckte Haut dadurch, dass ihre Zellen dem Blute Farbstoff entnehmen, und die derart entstandene Bräunung bildet eine Art von Schutzwehr gegen die weitere entzündungserregende und zerstörende Einwirkung bei chemischen Strahlen der Sonne (Erythema solare); das Epitheliom dagegen, dessen Zellen der Fähigkeit ermangeln, Farbstoff dem Blute zu entnehmen, wird nicht gebräunt, es erwirbt also nicht jenen Selbstschutz, sondern die Sonnenstrahlen greifen es an und zerstören es. Der Vorschlag, im Winter Luftsonnenbäder anzuwenden, erscheint ja zunächst ungewöhnlich. Aber in Caux waren wie gesagt im Durchschnitt Sonnentemperaturen von einigen 20° C., und solche vermag der nackte Mensch selbst bei Muskelruhe gut zu ertragen, viel mehr noch bei ordentlicher Bewegung. Gesicht, Hals, Hände können also beim Spazierengehen bequem belichtet werden, für andere Hautparthieen müssten offene Solarien hergestellt werden, welche grössere Bewegung gestatteten. Jedenfalls haben wir in der Wintersonne im Hochgebirge ein intensives Heilmittel, das in geeigneten Fällen versucht werden sollte.

(Berliner klin. Wochenschrift 1905 No. 41.)

- **Einen Beitrag zur Frage nach der Beziehung zwischen Trauma und Geschwulst** liefert Stabsarzt Dr. Schmiz (Aachen). Wir entnehmen der Schilderung des betreffenden Falles folgende Stelle: Soldat, der vorher stets gesund gewesen sein will, erhielt bei einer Felddienstübung am 27. Februar 1905 von seinem Nebenmann einen Kolbenstoss gegen den linken Unterschenkel. Verspürte derartige Schmerzen, dass er nur hinkend nachlaufen konnte, meldete sich aber trotz Anhaltens der Schmerzen nicht krank, da er am Beine nichts Besonderes bemerkte. Erst 3 Tage später stellte er eine Anschwellung an der Stelle des Stosses fest und meldete sich. Wird wegen „Quetschung des linken Schienbeins“ dem Lazarett überwiesen, wo 4 cm unterhalb des unteren Kniescheibenrandes eine mässige, ganz flache, 7 cm lange und 5 cm breite, ausserordentlich druckempfindliche Schwellung festgestellt wurde. Keine Verfärbung der Haut (auch nie vorhanden gewesen). Nach anfänglich conservativer Behandlung kleiner Einschnitt; es entleeren sich einige cem dunklen, dickflüssigen Blutes. Einschnitt heilte glatt, Schwellung ging aber nicht zurück, blieb unverändert. Erst am 21. April erkennt

man das Wachsen der Schwellung, auch Druckempfindlichkeit grösser geworden. Behufs mikroskopischer Untersuchung Excision eines Stückes. Diagnose: kleinzelliges, corticales Knochensarcom. Absetzung des Oberschenkels im unteren Drittel. Section des abgesetzten Gliedes ergab hühnereigrosse Geschwulst, die breitbasig in der Höhe des unteren Endes der Tuberositas tibiae demjenigen Theile der äusseren Schienbeinfläche aufsass, welcher der Fibula gegenüberlag, also mehr an der lateralen Kante der Tibia. Nur an einer kleinen Stelle war sie im Begriffe, durch die Corticalis selbst in die Markhöhle hineinzuwachsen. Die Ursprungsstelle der Geschwulst war demnach vermöge ihrer Lage dem directen Kolbenstosse nicht zugänglich. Der Tumor war ca. je 8 cm lang und breit, 5 cm dick. Er bestand aus einer dünnen, theilweise knöchernen Schale und aus einem dunkelroth gefärbten Kern von theils festerem, theils schwammigerem Gewebe; ausserdem befanden sich im Centrum und in den nach aussen gelegenen Theilen vereinzelte Blutgerinnsel. Hiernach muss man den Schluss ziehen, dass die Geschwulst schon vor dem Trauma bestanden hat. Abgesehen davon, dass unmöglich ein Knochensarcom im Zeitraum von 3 Tagen sich entwickelt haben kann, war die Ursprungsstelle des Tumors einem directen Kolbenstosse nicht zugänglich, sondern durch eine dicke Muskelschicht geschützt, endlich erscheinen die Blutgerinnsel innerhalb der Geschwulst als durch den Kolbenstoss entstanden, setzen also die Präexistenz des Tumors voraus. *Das rasche Wachsthum des Sarcoms aber ist zweifellos dem Trauma zuzuschreiben*; durch den Druck des eingeschlossenen Blutes auf die Geschwulst erklärt sich die Schmerzhaftigkeit desselben, und durch diesen Druck des Blutes von innen heraus auf die Geschwulst wurde der Anreiz zu dem raschen Wachsthum gegeben. Patient wurde daher auch als Invalide entlassen.

(Aerztl. Sachverständigen-Ztg. 1905 No. 21.)

## Vermischtes.

- In das Herausgeberkollegium der „**Zeitschrift für Tuberkulose und Heilstättenwesen**“, das nach dem Rücktritt von Herrn Professor Moeller, aus den Herren Geheimrat B. Fränkel und Geheimrat E. von Leyden bestand, ist Herr Geheimrat W. von Leube-Würzburg eingetreten. Die Specialredactionsgeschäfte wird Herr Dr. A. Kuttner-Berlin W. 62, Lützowplatz 6, besorgen.

- **Ueber das Jothion** sprechen sich Dr. M. Joseph und Dr. M. Schwarzschild aus, die in des ersteren Poliklinik dies Präparat bei verschiedenen Affectionen (Lues, Epididymitis u. s. w.) mit Erfolg percutan angewandt haben. Jothion ist eine schwachgelbe ölige Flüssigkeit, die als 25%ige (seltener als 50%ige) Salbe zu Einreibungen benutzt wurde:

Rp. Jothion. 2,5  
 Lanolin. anhydr.  
 Vaseline. flav. aa 3,75

Rp. Jothion. 15,0  
 Lanolin. 12,0  
 Vaseline flav. 3,0

Die Versuche ergaben, dass Jod sicher zur Resorption gelangt, eine Reizung fast nie stattfindet u. s. w., kurz, das Jothion den Anforderungen, die man an ein percutan anzuwendendes Jodpräparat stellen muss, vollauf erfüllt. Wo man rasch einwirken muss, wird man ja wohl zur Jodkaliinternmedication greifen müssen; wo es nicht so sehr darauf ankommt oder wo Idiosynkrasie gegen Jodkali besteht, da bietet Jothion Ersatz, als zur Zeit dasjenige Jodpräparat, welches, percutan angewandt, die besten Resorptionsverhältnisse bei fast völlig fehlenden Reizerscheinungen aufweist.

(Deutsche med. Wochenschrift 1905 No. 24.)

- **Kuhmilch als Ursache acuter Ernährungsstörungen bei Säuglingen** schildert Privatdoc. Dr. H. Finkelstein (Berlin). Tadellose Kuhmilch besitzt die Fähigkeit, bei gewissen, bisher an der Brust genährten und gut gedeihenden Kindern acute, zuweilen schwere und stürmische

Erscheinungen auszulösen, die ganz den Eindruck von Vergiftungen machen. Autor hat im Berliner Kinderasyl öfters Gelegenheit gehabt, derartige Fälle zu beobachten. So Fälle, wo die Verabreichung von Kuhmilch unmittelbar gefolgt war von Temperaturerhöhung, Schwächezuständen, Erbrechen, Diarrhoe und mehr oder weniger lang dauernder Appetitlosigkeit, dann schwerere, wo höheres Fieber, stärkerer Verfall, ausgiebige Gewichtsabnahme und die Zeichen von Nierenreizung auftraten. Die Intoleranz gegen Kuhmilch kann aber noch weiter gehen. Es kann geschehen, dass minimale Mengen von ihr einen schweren mehrtägigen Krankheitszustand hervorrufen; ja es ist möglich, dass durch einige Gramm ein bisher blühendes Kind dem Tode zugeführt wird. Meist handelte es sich um Kinder, welche von mehr oder weniger schweren Ernährungsstörungen sich an der Brust erholt hatten; indessen erkrankten auch stets vollkommen gesunde Brustkinder in ähnlicher Weise. Für die Praxis entspringt aus diesen Vorkommnissen ein erneuter Hinweis auf die Nothwendigkeit eines vorsichtigen und allmählichen Abstillens in jedem Falle; denn nie kann gesagt werden, ob es sich nicht um ein Kind handelt, das gegen Kuhmilch intolerant ist. Jene Beobachtungen enthalten ferner einen neuen Beleg dafür, dass es Kinder giebt, die selbst mit der besten künstlichen Ernährung dem Tode geweiht sind. Und die Erklärung jener Erscheinungen, welche bei roher ebenso wie bei gekochter Milch sich zeigten? Sie bietet grosse Schwierigkeiten. Dass es sich um Giftwirkung des artfremden Eiweisses handelt, klingt unwahrscheinlich. Autor wirft vielmehr die Frage auf, ob nicht bakterielle Vorgänge im Darm — etwa das Aufkeimen einer neuen, bisher bei der natürlichen Nahrung in der Entwicklung gehemmten Flora, für welche die Kuhmilch günstige Wachstumsbedingungen schafft — in Betracht gezogen werden soll.

(Monatsschrift f. Kinderheilkunde, Mai 1905.)

- **Ueber künstliche Athmung** lässt sich Generalarzt a. D. Dr. G. Herter (Berlin) aus. Keine der bisher üblichen Methoden genügt, wie Autor zeigt, allen Anforderungen. Er hat deshalb aus den verschiedenen Methoden das Beste herausgesucht und zu einer neuen vereinigt, die sich folgendermaassen gestaltet: Nachdem Mund- und Rachenhöhle mittels eines über den Zeigefinger geschlagenen Taschentuches von gröberen Unreinigkeiten befreit ist, wird der Verunglückte mit entblösstem Oberkörper und gelockerten

Unterkleidern zunächst auf den Bauch gelegt und zwar mit der Gegend der Magenrube auf ein aus Kleidern, Rasenstücken oder ähnlichen Dingen hergestelltes festes, nicht zu dünnes Polster. Durch einen 2—3 maligen starken Druck auf den Rücken bemüht man sich, etwa in den oberen Luftwegen oder im Magen befindliche Flüssigkeit herauf- und aus dem tiefliegenden Munde herauszubefördern. Darauf wird der Verunglückte schnell auf den Rücken gelegt, wobei das Polster im Rücken so zu richten ist, dass es die Gegend der Rippenbogen hervordrängt. Dank dieser Erhebung der unteren Brustgegend haben einerseits Kopf und Schultern eine tiefe Lage, während andererseits die Baueingeweide vom Zwerchfell zurückweichen. Vor Beginn der eigentlichen Athembewegungen muss nun unter allen Umständen die Zunge gesichert werden. Man hält am besten diese in einem Taschentuchzipfel zwischen den Finger, was einem zu Haupten des Verunglückten knieenden Helfer zu übertragen ist. Zwei andere knien seitwärts und führen — während der Zungenhalter im Tempo seine eigenen Athemzüge laut zählt — gleichzeitig, jeder an einem Arm, die von Silvester gelehrtten Armbewegungen mit der Abweichung aus, dass sie zum Zweck der Ausathmung den Brustkasten nicht von den Seiten, sondern mehr von vorn her zusammendrücken. Zur Unterstützung der Ausathmung übt ein Vierter, rittlings über dem Verwundeten knieend, das Howard'sche Verfahren aus, wobei er die Hände am Schluss jeder Ausathmung nicht aus ihrer Lage bringt, sondern nur lüftet, um damit zur nächsten Ausathmung alsbald am Platze zu sein. Er hat ferner jeden Druck auf den Unterleib zu vermeiden, um nicht ein Aufsteigen von Mageninhalt mit nachfolgender Aspiration zu befördern. Die Athembewegungen sollen etwa 15 mal in der Minute gemacht werden. Sind nur drei Helfer da, so muss das Halten der Zunge der über dem Verunglückten Knieende mit übernehmen, und zwar mit der linken Hand, während er mit der rechten allein die Ausathmungsbebewegungen macht. Sind nur zwei Helfer da, so müssen auch die Armbewegungen von einer Person allein ausgeführt werden, die zu Haupten des Verunglückten knieend Platz nimmt. Und ist nur ein einziger Helfer da, so müssen die Armbewegungen fortfallen; nachdem die Arme über dem Kopf zusammengelegt sind (Howard), muss der Helfer sich darauf beschränken, mit der einen Hand die Zunge zu halten, während er rittlings über dem Ver-



unglückten kniet, und gleichzeitig mit der anderen Hand die Athmungsbewegungen auszuführen, — eine schwere, aber immer noch dankbare Aufgabe.

(Deutsche med. Wochenschrift 1905 No. 20.)

- **Eine Verbesserung an den Suspensorien** hat Dr. A. Strauss (Barmen) vorgenommen. Da die Schenkelbänder so leicht beschmutzt werden, liess er Suspensorien mit auswechselbaren Schenkelbändern herstellen. Ein kleiner Schlitz an der hinteren Ecke gestattet die lose Einfügung des aus weichem Gummi hergestellten, sehr elastischen Bandes; zugleich wird hierdurch der bequeme, druckfreie Sitz der Suspensorien erhöht, weil sich das Band den Körperbewegungen völlig anpasst. Zum Suspensorium selbst wird ein strumpftartig gewirktes Tricotgewebe benutzt, das, aus einem einzigen Faden erzeugt, in wellenförmiger Krümmung verläuft und hierdurch eine nach allen Seiten wirkende Elasticität erhält. Es dehnt und verkürzt sich nach allen Richtungen, wodurch eine vollkommen gleichmässige Hebung der Hoden gewährleistet wird. Die Suspensorien werden in flacher und in Beutelform hergestellt von Otto Aeckersberg (Barmen) unter dem Namen „*Perfect*“.

(Dermatolog. Centralblatt 1905, Juli.)

- **Praktische Erfahrungen mit den Fetronpräparaten** Liebreich veröffentlicht Dr. E. Becker (Städt. Krankenhaus Charlottenburg). Autor benutzte: 1. Fetronseife. 2. Fetroncream. 3. Fetronpuder. 4. Ung. Hydrarg. praecip. flav. 5. Ung. Hydrarg. ciner. c. Fetron. parat. 6. Past. Zinc. c. Fetron. parat. Die *Fetronseife* bewährte sich vorzüglich bei spröder Haut; besonders nach dem Waschen machte sie die Haut deutlich geschmeidiger. Der *Fetron-toilettecream* wurde besonders angewandt bei Intertrigo der kleinen Kinder und bei spröder Haut infolge vielen Waschens (Wäscherinnen, Köchinnen u. s. w.) und Desinficirens (Sublimat), wobei er vortreffliche Dienste leistete. *Fetronpuder* benutzte Autor bei nässendem Ekzem, Ulcus cruris, Intertrigo, Pemphigus u. dgl.; er zeigte hier ganz hervorragende austrocknende und antiseptische Eigenschaften. Die *gelbe Quecksilbersalbe* wurde in zahlreichen Fällen von scrophulösem Ekzem der Kinder an Nase, Mund u. s. w. angewandt und wirkte prompt. Auch bei scrophulöser Keratitis, Blepharitis marginalis, erwies sie

sich als recht nützlich. Die *graue Salbe* bewährte sich bei Schmiereuren und auch local. So heilte ein gonorrhöisches Infiltrat des Praeputium am Frenulum sehr bald aus; bei einer multiplen Entzündung der Schweissdrüsen der Achselhöhle, wo die Infiltrate durchaus aus sahen, als ob sie abscediren würden, gingen sie auf Einreibungen mit der Salbe wider Erwarten zurück. Die *Zinkpaste* endlich erwies sich als sehr brauchbar bei nässenden Ekzemen, Herpes zoster u. dgl., wo die stark austrocknende Wirkung deutlich zu Tage trat.

(Therap. Monatshefte. Juni 1905.)

- **Ein neues Besteck für Harnuntersuchungen** hat Dr. Rubens (Gelsenkirchen) construiert; dasselbe lässt sich gut in einer Rocktasche transportiren und so zu Untersuchungen im Hause des Pat. gut benutzen. Es enthält:

1. einen Spiritusbehälter mit zwei Oeffnungen, von denen eine zur Aufnahme des Doctes, die andere zum Füllen dient;

2. ein Reagensglas, welches an der Oeffnung trichterförmig erweitert ist, sodass ein Filter bequem eingesteckt werden kann. An dem Glase sind ferner behufs Vornahme der Zuckerprobe nach Nylander zwei Marken angebracht. Bis zur ersten Marke wird das Glas mit Urin gefüllt, bis zur zweiten mit der Nylanderschen Lösung;

3. einen Behälter für Essigsäure;

4. einen Behälter für Nylandersche Lösung;

5. eine Pincette zum Halten des Glases über der Flamme;

6. Filtrirpapier.

Sämtliche Gläser sind derart befestigt, dass ein Zerschlagen während des Transports vollständig ausgeschlossen ist. Das Etui, ein Klappetui aus vernickeltem Messing, ist durch die Firma J. & H. Lieberg in Kassel zu beziehen und kostet Mk. 12,50.

(Deutsche med. Wochenschrift 1905 No. 38.)

- **Ueber Formamintabletten** (Firma Lüthi & Bultz in Berlin) spricht sich Prof. Seifert (Würzburg) aus. Experimentelle Untersuchungen, die mit Aufschwemmungen von Streptokokken, Pneumokokken, Typhus- und Diphtheriebacillen angestellt wurden, ergaben das Resultat, dass eine Tablette in 10 cm<sup>3</sup> Wasser gelöst in 5—10 Minuten sämtliche Keime tödtete, ebenso, dass angestellte Culturversuche in Bouillon, Agar und Gelatine negativ ausfielen, d. h. die Nährböden steril blieben, während Controlversuche deut-

liche Entwicklung der Culturen aufwiesen. In der Praxis eignen sich die Tabletten in erster Linie zur Behandlung infectiöser Halserkrankungen, wo sie innerlich auf den Gesamtorganismus und local als Ersatz desinfectirender Gurgelwässer ein hervorragend therapeutisches Agens darstellen. Ihr Werth für die Praxis wird noch erhöht durch die Schwierigkeiten, die das Gurgeln nicht nur bei Kindern, sondern gar nicht selten auch bei Erwachsenen der Behandlung bereitet. Autor hat bei einer nicht geringen Anzahl von Angina lacunaris den Werth der Tabletten schätzen gelernt, besonders bei kleinen Kindern. Sehr gute Dienste leisteten die Tabletten bei einem Falle von traumatischem Ulcus an der hinteren Rachenwand bei einem 3jährigen Kinde, das nicht gurgeln konnte und sehr schwer unter Schlingbeschwerden litt, auch sehr intensiven Foetor ex ore hatte. Autor liess 2stündlich  $\frac{1}{2}$  Tablette nehmen; schon nach 24 Stunden wesentliche Erleichterung der Schlingbeschwerden, fast völliges Verschwinden des Foetors, nach 6 Tagen Ulcus geheilt. Schöne Erfolge ferner bei den verschiedenen Formen der Pharyngitis, indem die Reizbarkeit der Rachenschleimhaut herabgesetzt und der Schleim gelöst wurde. Im Nothfalle können die Tabletten in lauwarmem (35°) Wasser gelöst (1 Tablette in 20 g Wasser) ein gutes Mundwasser abgeben, da die so entstandene Formaldehydlösung (1:20000) stärker als 5%ige Carbol- und 1‰ Sublimatlösung bei völliger Reizlosigkeit wirkt. Ausserordentlich angenehm sind die Tabletten als Prophylacticum namentlich bei schulpflichtigen Kindern z. B. zur Zeit einer herrschenden Epidemie; Autor lässt die Kinder sofort nach der Heimkehr aus der Schule eine Tablette nehmen. Auch als Prophylacticum während einer Quecksilbercur sind die Tabletten sehr brauchbar. Sie stellen also eine werthvolle Bereicherung unseres Arzneischatzes dar.

(Pharmakolog. u. Therap. Rundsch. 1905 No. 14.)

- Bei **Pachydermia laryngis**, soweit dieselbe nicht auf Lues oder Tuberculose beruht, operirt Doc. Dr. E. Baumgarten (Budapest) nicht mehr, da die von Lublinski empfohlenen *Salicylalkoholpinselungen* recht wirksam sind; das Epithel der Wucherungen wird macerirt und die Wärzchen stossen sich schichtenweise ab. Autor verwendet:

Rp.: Acid. salicyl. 1,0

Spir. vin. rectific. 10,0

Glycerin 2,0

später die doppelte Menge Alkohol. Auch bei *Keratosen* der Mandeln und des Kehlkopfes, sowie bei der *Haarzunge* hat sich diese Therapie bewährt.

(Wiener klin.-therap. Wochenschrift 1905 No. 32.)

- **Gegen Ohrensausen infolge Tubenkatarrh (acut und chronisch)** hat Dr. Naegeli-Akerblom (Genf) in den letzten Jahren häufig mit Erfolg *Tinctura Cimifugae racemosae* 10 bis 20 Tropfen in Wasser 3mal täglich nach dem Essen in Anwendung gebracht.

(Therap. Monatshefte, August 1905.)

- **Acute Schwellung der Thyreoidea auf Jodkali** beobachtete Dr. J. Csillag (Budapest). Schon nach wenigen Dosen einer 3%igen Jodkalilösung trat eine Schwellung der Thyreoidea ein, welche zu Athembeschwerden führte und nach Aussetzen des Medicamentes allmählich wieder verschwand. Es wurde noch 3mal das Experiment absichtlich gemacht; stets trat sehr bald nach Einnahme des Jodkali die Schwellung wieder ein.

(Wiener med. Wochenschrift 1905 No. 33.)

- **Zwei Assistenz ersetzende Instrumente** für gynäkologische Zwecke hat Dr. C. Rindfleisch (Gera) construiert: einen *Zangen- und Bindehalter* und einen *selbsthaltenden Scheidenspiegel*. Diese Instrumente in Verbindung mit einer 2 m langen, 8 cm breiten Flanell- resp. Cambricbinde machen das Halten des den Uterus fixirenden Instrumentes, der hinteren Scheidenrinne und der Beine überflüssig und ermöglichen ohne jede Assistenz Eingriffe wie Cervixstamponade resp. -Dilatation, Uterustamponade, Abortbehandlung, Abrasio, Probexcision, Naht von Cervixrissen u. s. w. Auch zu diagnostischen Zwecken in der Sprechstunde sind sie sehr geeignet. Fabrikant: Alex. Schädel in Leipzig. Preis der Instrumente Mk. 8,50 resp. Mk. 7,50.

(Centralblatt f. Gynaekologie 1905 No. 31.)

## Bücherschau.

— **Medicinalkalender pro 1906.** Wie alljährlich um diese Zeit, traf eine Anzahl derselben bei uns ein, für uns alte Bekannte, unter denen eine Wahl zu treffen für denjenigen, der zum 1. Male vor die Frage gestellt ist, sich mit einem solchen Kalender zu versehen, wirklich schwer erscheint, da sie fast alle gut und brauchbar sind und den Anforderungen, die man an ein solches Büchlein stellt, voll und ganz gerecht werden. Am reichhaltigsten ist ja mit seinen vielen Einzelarbeiten, Tabellen u. s. w., die im Hauptbuch und 2 besonderen Beilagen untergebracht sind, der *Reichs-Medicinal-Kalender*, herausgegeben von Prof. Schwalbe (Verlag von G. Thieme, Leipzig), in welchem von hervorragenden Autoren so und so viele wichtige Fragen aus der Praxis besprochen werden. Aber auch der *Medicinal-Kalender der Allgem. medic. Centralzeitung* (13. Jahrgang, Verlag von O. Coblentz, Berlin), *Lorenz' Taschen-Kalender* (19. Jahrgang, Berlin, S. Rosenbaum), *Krüche's Aerztliches Iademecum* (12. Jahrgang, München, Otto Gmelin), sie alle bieten eine grosse Fülle von Material zum Nachschlagen für die tägliche Praxis, gute Aufsätze und Abhandlungen, und werden sicher ihre Leser durchaus befriedigen. Die jetzt übliche Beigabe von vier Quartalsheften mit genügendem Raume für die täglichen Eintragungen ist allen gemeinsam. — Nachträglich ging uns ferner der im Hirschwald'schen Verlage (Berlin) erscheinende *Medicinal-Kalender* zu, zeitgemäss umgearbeitet und mit dem üblichen reichen Inhalt. Dieser Kalender bringt bekanntlich in einem stattlichen II. Bande die *Personalien* der Aerzte, Apotheker u. s. w., gesetzliche Bestimmungen u. dgl. Dieser II. Band ist ebenfalls bereits erschienen, während der ähnlich eingerichtete, allenthalben beliebte II. Band des Schwalbe'schen Kalenders (s. oben) den Abnehmern nachgeliefert wird, allerdings in der Regel so pünktlich, dass er noch zur richtigen Zeit eintrifft. Die genannten beiden Kalender haben also diesen II. Band als besondere Beigabe, sind natürlich auch dementsprechend theurer, wie die übrigen, aber immerhin in Rücksicht auf die Stattheit dieser Beigabe und deren hohen Wert noch recht wohlfeil.

# Excerpta medica.

Kurze monatliche Journalauszüge

aus der gesamten Fachliteratur

zum Gebrauch für den praktischen Arzt.

Herausgegeben von *Dr. med. Eugen Graetzer in Sprottau.*

Verlag von Carl Sallmann, Leipzig.

*Januar*

*XV. Jahrgang*

*1906.*

**Agrypnie.** In Bezug auf die **physikalische Therapie der neurasthenischen A.** schreibt Dr. A. Laqueur (Hydrotherapeutische Anstalt der Universität Berlin):

„Von den in Frage kommenden Prozeduren sind in erster Linie das lauwarne Vollbad von  $\frac{1}{2}$ —1stündiger Dauer und 33—35° C. Temperatur und die feuchte kalte Ganzeinpackung, deren Dauer  $\frac{3}{4}$ —1 Stunde betragen soll, zu nennen. Diese Prozeduren werden entweder unmittelbar oder auch 1—2 Stunden vor dem Schlafengehen angewandt; sie lassen sich ja in der Häuslichkeit des Patienten nicht überall durchführen, aber sie sind entschieden die wirksamsten hydiatischen Schlafmittel und in schweren Fällen durch keine anderen vollwertig zu ersetzen. Ich habe sie auch bei hartnäckiger nervöser Schlaflosigkeit — und ich rechne dazu die oft sehr schweren Agrypnien der Alkoholiker — kaum je versagen sehen. Man wird übrigens im letzteren Falle sowie überall da, wo es sich um ängstliche, zu Beklemmungen neigende Kranke handelt, den Vollbädern vor den Einpackungen den Vorzug geben oder wenigstens die Einpackung in solchen Fällen nach Buxbaums Vorschriften durch Freilassen der Arme modificiren.

Wo sich Vollbad oder Ganzeinpackung nicht durchführen lassen, da kann man das Vollbad durch ein prolongirtes lauwarmes Sitzbad, die Packung durch einen Leibumschlag, der Nachts über liegen bleibt, zu ersetzen suchen, oft, wenn auch nicht immer, mit demselben Erfolge. Des weiteren leisten auch in der ambulanten Praxis die sog. „ableitenden“ Prozeduren sehr gute Dienste —

kurze kalte Fussbäder, das Auf- und Abgehen auf einem nassen Handtuche vor dem Schlafengehen und namentlich die kalten, trocken bedeckten Wadenumschläge die vor dem Zubettgehen angelegt werden und Nachts über liegen bleiben. Man ist manchmal selbst erstaunt darüber, welche Erfolge mit diesen so einfachen Verordnungen in vielen Fällen erzielt werden können. Zu bemerken ist allerdings, dass nicht immer nach der ersten Application dieser Procedures, sondern oft erst bei ihrer Wiederholung der volle Erfolg eintritt.“

(Berliner klin. Wochenschrift 1905 No. 38.)

- **Ueber das Isopral** theilt Dr. H. Klatt (Marienwerder) seine Erfahrungen mit, die er seit einem halben Jahre sammeln konnte. Bei furibunden Anfällen mehrerer Paralytiker waren 2 g ohne Erfolg; als der eigentliche Anfall aber vorüber war und nur allgemeine Erregungszustände vorhanden waren, war 1 g von sedativer und schlafmachender Wirkung. In einigen Fällen von Delirium tremens trat auffallend schnell Beruhigung ein nach 2 einzelnen Gramm, im Laufe eines Tages gegeben (dann noch einige Tage 1 g). Bei A. von Neurasthenikern Wirkung verschieden. In einigen Fällen bald angenehmer, mehrstündiger Schlaf ohne irgend welche Nebenerscheinungen, in anderen versagte das Mittel, oder es kam nur zum Gefühl einer gewissen Abspannung und eines eingenommenen Kopfes. Bei einem Epileptiker, der an schwerem epileptischen Irresein mit langdauernden Erregungszuständen litt, konnte Autor durch 2mal 1 g pro die Ruhe und schliesslich guten Schlaf erzielen. Absolut unwirksam war Isopral bei A. infolge schmerzhafter Zustände, wogegen bestehendes Asthma der schlafmachenden Wirkung keinen Eintrag that. Bei Herzmuskeldegeneration ist Isopral contraindicirt. Als eine Frau mit schwerer chron. Myocarditis, Stauungsniere, Stauungsbronchitis 2 Tage hintereinander je 1 g Isopral erhielt, verschlechterte sich der Allgemeinzustand bedeutend, der Puls wurde kleiner und unregelmässiger, die Athemnoth und Cyanose stärker. Sonst ist Isopral als angenehm wirkendes, angenehm zu nehmendes (namentlich in Dragéform in Originalpackung), wenn auch nicht immer zuverlässiges Hypnoticum anzusehen bei A. der Neurastheniker und bei depressiven Zuständen, als brauchbares Sedativum für manche Aufregungszustände.

(Die Heilkunde, November 1905.)

**naesthesie, Narkose.** Einen Beitrag zur Verwendung

des **Alypins** liefert Dr. Ohm aus Prof. Froehlichs Augenklinik in Berlin. Es hat sich dort ausser bei grösseren operativen Eingriffen (Schieloperationen, Iridektomien, Linsenextraktionen etc.) besonders beim Entfernen von *Fremdkörpern aus Cornea und Conjunctiva* bewährt, und zwar hier am besten in 3%iger Lösung. Nach etwa 1 Minute konnte jeder Fremdkörper (es wurden so etwa 500 Fremdkörper extrahirt) schmerzlos entfernt werden. Zur Entfernung von *Chalasiën* wurde 0,05 g in Form einer 20 %igen Lösung subcutan injicirt; die Ausschälung erfolgte vollkommen schmerzlos. Zur *Spaltung von Thränenröhrchen* wurden einige Körnchen Alypin in Substanz in das Röhrchen selbst eingeführt; der Eingriff war dann ganz schmerzlos. Natürlich liess sich hierbei nicht vermeiden, dass ein Theil der Substanz in den Bindehautsack gerieth; die Pat. klagten dann über heftiges Brennen, das aber kaum eine halbe Minute anhielt, und die entstehende conjunctivale Injection verschwand gewöhnlich auch nach wenigen Minuten.

(Wochenschrift für Therapie u. Hygiene des Auges, 9. Novemb. 1905.)

**Poliklinische Erfahrungen mit dem neuen Localanaestheticum**

**Novokain** theilt Dr. W. Danielsen (chirurg. Universitäts-poliklinik zu Marburg) mit. Novokain, vor einiger Zeit von Braun empfohlen und von den Höchster Farbwerken hergestellt, ist das Monochlorhydrat des p.-Amino-benzoyl-diaethylaminoäthanol, ein weissliches Pulver, dessen wässrige Lösungen sich mehrmals durch Kochen sterilisiren lassen, ohne dass das Präparat an Wirksamkeit verliert (nach Zusatz von Suprarenin wird anhaltendes Kochen nicht vertragen!). Novokain ist das einzige Localanaestheticum, durch welches die Wirkung des Suprarenin nicht abgeschwächt wird; Braun hat sogar den Eindruck gewonnen, dass die Suprareninwirkung durch das Novokain noch gesteigert wird. Ferner steht jetzt fest, dass Stovain 3 mal, Cocain 6—7 mal so giftig ist, als das Novokain. Die Zahl der mit Novokainanaesthesie ausgeführten Operationen betrug 60, darunter z. B. Excision von Narben, Fingerexarticulationen, Exstirpation von Dermoidcysten, Sehnenscheidenhygrom, Ganglion, Cancroiden, Atheromen, Warzen, Extraction eingewachsener Nägel, Spaltung von Abscessen, Fremdkörperentfernungen, Zahnextraktionen etc. Mit der Schleichschen Infiltrationsanaesthesie (1 %ige Lösung) wurde 10mal operirt, ohne einen Misserfolg.



ohne toxische Nebenerscheinungen (selbst bei Injection von 10 ccm). Directe Injectionsanaesthesie (1 und 2%ige Lösung) wurde 22mal ausgeführt. Mit absoluter Sicherheit trat in allen Fällen wenige Minuten nach der Injection unter die Haut völlige Schmerzlosigkeit auf, selbst in entzündlichen Geweben, sodass jetzt diese Methode allen anderen vorgezogen wird. Die regionäre Anaesthesie nach Oberst fand in 3 Fällen Anwendung; sie wurde zu Gunsten der directen Injection dann aufgegeben. Unter 11 Anaesthesirungen der Mund- und Zungenschleimhaut versagte in 2 Fällen die 10 %ige Lösung, in den 9 anderen Fällen wirkte sie gut. Entweder wurde ein mit der Lösung getränktes Wattebäuschchen auf die zu anaesthesirende Stelle gelegt, oder es wurde eine mit wenig Watte umwickelte Pincette mit Novokain befeuchtet und letzteres so mehrere Male aufgetragen; letztere Applicationsart verdient den Vorzug. Bei Bepinselung der Zunge, die doch zu den empfindlichsten Organen gehört, fiel die sehr rasche, intensive und anhaltende Wirkung auf. Bei Zahnextractionen wurden von der 1 oder 2 %igen Lösung  $\frac{3}{4}$  ccm in die Schleimhaut an der Aussenseite der Alveole,  $\frac{1}{4}$  ccm in die Schleimhaut der Innenseite injicirt. Nach etwa 5 Minuten kann man extrahiren. 1 %ige Lösung genügt vollkommen; unter 14 Fällen kein Misserfolg. Unter sämtlichen 60 Fällen nur 3 Misserfolge. Autor schliesst, dass „Novokain ein reizloses, schnell und intensiv wirkendes Localanaestheticum ist, bei dem keine toxischen Nebenerscheinungen, keine Nachschmerzen, keine Reizerscheinungen oder nekrotisirende Wirkungen beobachtet worden sind. Das Novokain beeinträchtigt die Wirkung des Suprarenins in keiner Weise und lässt sich gut sterilisiren. Der Preis ist mässig. Wir sind zu der Ueberzeugung gekommen, dass das Novokain das einzige zur Zeit bekannte Mittel ist, welches das Cocain in der Chirurgie zu ersetzen vermag, und können es auf Grund unserer poliklinischen Erfahrungen für die Verwendung in der ärztlichen Praxis warm empfehlen“.

(Münchener med. Wochenschrift 1905 No. 46.)

- **Novokain** wurde auch in der Chirurg. Klinik von Hofrat Dr. Fr. Hänel in Dresden mit Erfolg benutzt, wie Dr. Erh. Schmidt von dort mittheilt. Es wurde in der Regel eine 1 %ige Lösung verwandt, von der z. B. 3—5 ccm genügen, um einen Finger durch Leitungsanaesthesie gefühllos zu machen, von der aber andererseits

öfter bis 25 ccm (= 0,25 g Novokain) injicirt wurden, ohne dass irgend welche Vergiftungserscheinungen sich geltend machten. Bei Bedarf grösserer Mengen von Injectionsflüssigkeit kam  $\frac{1}{2}$ — $\frac{1}{4}$ °ige Lösung zur Anwendung. Es wurde stets Suprarenin. hydrochloric. hinzugefügt, 5 bis 8 Tropfen zu je 10 ccm, jedoch nicht mehr als im ganzen 15 Tropfen. Bei ca. 70 Operationen der kleinen Chirurgie hat sich diese Methode bestens bewährt. Zu Eingriffen an Zehen und Fingern wurden central 3—5 ccm einer 1°igen Lösung mit Zusatz von 6—8 Tropfen Suprarenin auf je 10 ccm injicirt. Eine 1°ige oder, bei grösserem Bedarf, eine  $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ °ige, wurde zur Extraction von Fremdkörpern, zur Exstirpation kleiner Tumoren, bei Furunkeln, Abscessen, Phimosen, zur Tracheotomie, Zahnextraction etc. angewandt. Sehr gute Dienste leistete Novokain auch bei kleinen postoperativen Eingriffen: Ablösung von Gaze von sehr empfindlichen Wundflächen, Entfernung von Tampons aus tiefen Wundhöhlen u. dgl. Zu diesem Zweck wurde ein 0.2 oder 0,5 g Novokain enthaltendes Gläschen mit physiol. Kochsalzlösung gefüllt und diese Lösung auf die zu anaesthesirende Wundfläche getropft, worauf nach einigen Minuten jene Manipulationen gut tolerirt wurden. Vor sehr schmerzhaften Injectionen (Jodoformemulsion, Natr. arsenicos.) wurde ebenfalls 1 bis 2 ccm einer 1°igen Lösung injicirt. Zur Anaesthesirung von Schleimhäuten wurde 5—10°ige Lösung benutzt.

(Ibidem.)

### **Antisepsis, Asepsis, Desinfection. Ueber Bolus-**

**verbandstoffe** hat Dr. Aufrecht (Berlin) Untersuchungen angestellt. Ein aseptischer und sterilisirungsfähiger Verband muss 1. die Wundsecrete gut aufnehmen, 2. frei von pathogenen Keimen sein, 3. antiseptisch wirken, d. h. eine Zersetzung der aufgenommenen Wundsecrete verhindern. Diese Postulate werden von Bolusverbandstoffen in vollem Maasse erfüllt, die auf Anregung von Dr. M. Cohn (Berlin) hergestellt wurden. Die sehr stark wasserentziehende Eigenschaft des Bolus befähigt ihn, intensiv austrocknend zu wirken. Bolus wurde der Gaze mittels einer eigens hierfür auf heissem Wege hergestellten ammoniakalischen Seife einverleibt. Der durch Schleimverfahren aufs feinste gepulverte und daher noch aufsaugungsfähiger gemachte Bolus haftete gut auf der Gaze; zugleich aber war durch die Imprägnation, die im heissen Wasserbade

vorgenommen worden war, die Sterilisation des Verbandstoffes sicher gewährleistet. Es wurden nun noch antiseptische Substanzen zur erhöhten Wirkung der Gaze einverleibt: Liq. Alumin. acet. (1%) und Salicylsäure ( $\frac{1}{2}$ %). Der erstere Zusatz soll besonders für jauchige, zähe Secrete, der zweite speciell zur Tamponade der Wundhöhle die Gaze geeigneter machen, während die Bolusgaze allein für sich, wobei dann auch Bolus in grösseren Mengen auf die Gaze gebracht wird, bei Ulcera mollia penis und Ulcera cruris, bei gonorrhoeischen Cervixkatarrhen und jauchigen Uteruscarcinomen ihre Anwendung finden soll. Die mit der Gaze angestellten Versuche ergaben zunächst, dass die Absorptionsfähigkeit eine ausserordentlich grosse ist und die der gewöhnlichen Gaze um fast das dreifache übertrifft. Die bakteriologische Prüfung fiel ebenfalls sehr befriedigend aus; dazu kommt die Geruch- und Reizlosigkeit, Haltbarkeit und Ungiftigkeit, sowie endlich die Billigkeit (1 kg Bolus kostet 40 Pfg.) der Bolusgazen.

(Deutsche med. Wochenschrift 1905 No. 33.)

- **Sapal** ist auch für den Ophthalmologen ein recht angenehmes *Händedesinficiens*, wie Dr. Wolffberg (Breslau) hervorhebt. Sapal ist eine feste Spiritusseife, welche ungefähr 15% neutrale Natronseife, 15% Wasser und 70% rectific. Alkohol enthält. Jetzt wird Sapal auch als Salbe und in Tuben geliefert, was die Brauchbarkeit sehr erhöht, da Sapal trocken applicirt wird. Die nachfolgende Schaumentwicklung beim Waschen ist sehr ergiebig, die Haut wird weich und sichtlich sauber, ohne im geringsten zu leiden. — Autor macht aber noch auf eine andere Eigenschaft des Tubensapals aufmerksam: dasselbe kann nämlich als idealstes *Putzmittel für Brillengläser* verwandt werden, welches letztere stundenlang vor dem Anlaufen schützt. Man trägt die Sapalmasse sehr dünn mit dem Finger auf beide Seiten des Glases auf und reibt mit einem Leinentuch gründlich nach. Die Fabrik\*) hat kleinste Tuben (10 Pfg.) eingeführt.

(Wochenschrift f. Therapie u. Hygiene des Auges 1905, 2. November.)

\*) Erhältlich Mohren-Apotheke in Breslau.

- Ueber **klinische Versuche mit Formicin (Formaldehyd-Acetamid)** berichtet Dr. K. Bartholdy (Städt. Krankenhaus Wiesbaden). Seit zwei Jahren wird dort das Präparat zunächst in der conservativen Behandlung von *Gelenks-*

*tuberculose*, als Ersatzmittel für Jodoformglycerin, und zu anderen chirurgischen Zwecken verwendet. Formicin (von der Firma Kalle & Co. in den Handel gebracht) ist eine dickliche Flüssigkeit von schwach gelblicher Farbe, mit Wasser und Alkohol in jedem Verhältnis mischbar, ausgezeichnet durch leichte Spaltbarkeit unter Entwicklung von feuchtem Formaldehyd und von intensiver bactericider resp. desinficirender Wirkung; es greift Instrumente nicht an. Das Präparat wurde also zunächst zu Injectionen in Gelenke, Weichtheile, Abscesse etc. als Ersatzmittel für Jodoformglycerin benutzt. Vor diesem hat es den Vorzug, dass es in der benutzten 5%igen, wässrigen Lösung eine dünnflüssige, leicht injicirbare Flüssigkeit darstellt, die nicht die Anwendung dicker Canülen erfordert, sondern selbst mit Pravaznadel leicht injicirt werden kann. Schmerzen bei und nach der Injection fehlten, die Stichwunden heilten reactionslos, stets ohne Fistelbildung, zu Temperatursteigerungen kam es nicht. Die bei Tuberculosen erreichten Resultate waren die gleichen wie bei Jodoformglycerin. Die Injectionen in nichttuberculöse Gelenke betrafen zweimal ein tabisches Kniegelenk, einmal ein Kniegelenk bei chronischem Gelenkrheumatismus (Zottengelenk) und congenitaler Lues, 16 mal Hyarthros (meist traumatischen Ursprungs), endlich eine subacute Gonitis unklarer Aetiologie bei einem Kinde. Dieses letzte, erheblich verdickte Gelenk heilte auf einmalige Injection nach Fixation im Gipsverband in etwa drei Monaten aus. Das Zottengelenk besserte sich wesentlich. Unter den 16 Fällen von Hyarthros gab es zweimal (chron. Gelenkrheumatismus) Misserfolge, sonst guten Erfolg. Dasluetische Gelenk besserte sich auf eine Injection wesentlich, bei dem tabischen liess die grosse Schmerzhaftigkeit nach den Injectionen auf einige Wochen sehr erheblich nach. Das Präparat erwies sich in den angewandten Dosen (bis 10 cem der 5%igen Lösung) als durchaus unschädlich. Blasenspülungen (acht Fälle) bei chronischer *Cystitis* mit 2%iger Lösung (täglich einmal) wurden vorzüglich vertragen, machten kein Brennen und bewirkten schnelle Klärung des Urins in 8—10 Tagen, Beseitigung des stinkenden Geruches oft nach der ersten Spülung schon. Als Höhlendesinficiens und Desodorans bewährte sich das Präparat ferner bei einem stinkenden *Empyem* nach Rippenresection; durch Ausspülung mit 2%iger Lösung nach zwei Tagen Geruchlosigkeit des Eiters. Das Gleiche fand statt durch feuchte Verbände (2%) bei stinkendem *Ulcus*

*cruris*; rasche Beseitigung des Geruchs, gute Reinigung der Geschwüre. Auch bei anderen inficirten oder sauberen granulirenden Weichtheildefecten wurde 1—2 %ige Lösung gut vertragen. Vollkommen versagte das Präparat bei tuberculösen granulirenden Flächen; es fehlt anscheinend jede Tiefenwirkung. In ausgedehntem Maasse wurde 1 %ige Lösung zur vorbereitenden *Dauerdesinfection* zwecks Erzielung aseptischer Operationsgebiete angewandt (feuchter Umschlag zwölf Stunden vor der Operation); die Haut wurde nicht gegerbt, Störungen der Wundheilung kamen nicht vor.

(Deutsche med. Wochenschrift 1905 No. 40.)

- **Ueber das Zinkperhydrol, ein neues Wundmittel** berichtet Dr. Ed. Wolffenstein (Berlin). Diese Verbindung von Zink und Perhydrol (Merck) combinirt die adstringirende Wirkung des ersteren mit der desinficirenden des letzteren. Sie fand bisher bei mehr als 600 Pat. Anwendung und zeigte nie unangenehme Nebenwirkungen. Sie übte allgemein bei ausgedehnten *eiternden Wunden* eine gute Heilwirkung aus; die abgestorbenen Gewebsstücke stiessen sich rasch ab, die Secretion wurde zusehends geringer. So wurden wiederholt Maschinenverletzungen und tiefe Quetschungen zur Heilung gebracht. Bei *Ulcus cruris* kam das Mittel als Salbè, Paste oder als Pulver zur Verwendung und bewährte sich gut. Eine specifisch günstige Wirkung übte es bei *Brandwunden* aus; selbst tiefe, ausgedehnte heilten in kürzester Zeit und ohne nennenswerthe Schmerzen unter täglich erneuerten Verbänden, und die Ungiftigkeit des Präparates kam in vortheilhaftester Weise zur Geltung. An Stelle der Höllensteinsalbe wurde endlich Zinkperhydrol in etwa 50 Fällen bei ausgedehnter *Phlegmone* der Hand und des Vorderarmes angewandt; nachdem die 20—30 cm langen Incisionsstellen zu reinen Granulationsflächen geworden waren, erfolgte unter Zinkperhydrol die Epidermisirung oft in erstaunlich kurzer Zeit. Zinkperhydrol erwies sich also als nicht reizendes, ungiftiges Wundmittel, sei es, dass man es als Pulver applicirte oder in folgenden Formen:

Rp. Zinkperhydrol. 5,0  
 Ung. Lanolin. ad 50,0  
 M. f. ung.

Rp. Zinkperhydrol.  
 Amyl. tritic. aa 12,5  
 Vaseline. americ. ad 50,0  
 M. f. pasta.

(Therap. Monatshefte, November 1905.)

### **lutungen. Ueber paroxysmale Haemoglobinurie und**

**Haematurie im Kindesalter** lässt sich Dr. Leo Langstein (Univers.-Kinderpoliklinik der kgl. Charité in Berlin) aus, im Anschluss an drei Beobachtungen, von denen zwei paroxysmale Haemoglobinurie betrafen. Es handelte sich das eine Mal um einen vierjährigen Knaben, der sich vor einem Jahre durch Barfusslaufen im Schnee erkältet hatte und damals den ersten Anfall bekam, dem dann bei jeder Erkältung, bei jedem Witterungsumschlag weitere Anfälle nachfolgten. Der zweite Fall betraf ein  $2\frac{3}{4}$ jähr. Kind, das ebenfalls seit etwa einem Jahre bei Witterungsumschlag einen Anfall bekommt. Die Anfälle boten im allgemeinen keine Abweichung von dem bekannten Krankheitsbild der paroxysmalen Haemoglobinurie, um die es sich in beiden Fällen handelte. Als aetiologisches Moment war für den ersten Fall Lues hereditaria erwiesen, für den zweiten mindestens wahrscheinlich. Das dritte Kind, zehn Jahre alt, bekam schon als Säugling B. aus dem Zungenbändchen, später bei jedem geringen Traume schwere B. ins Unterhautzellengewebe, nach einer Zahnextraction eine sechstägige Blutung, eine colossale Blutung ferner aus einer kleinen Schnittwunde. Im Alter von vier Jahren entleerte es zum ersten Male blutigen Harn, später noch dreimal ebenso, angeblich ohne veranlassendes äusseres Moment. Der Harnbefund zeigte als Quelle der paroxysmalen Haematurie die Niere an. Tuberculose, Neubildungen, Steine waren als Aetiologie auszuschliessen, die Anamnese wies aber entschieden darauf hin, dass die Nierenblutungen der Ausdruck einer haemophilen Diathese waren. Der Fall hatte eine gewisse Verwandtschaft mit jenem Krankheitsbild, das Senator als „renale Haemophilie“ bezeichnete, dadurch charakterisirt, dass als einziges Symptom einer haemophilen Diathese Nierenblutungen auftreten. Bemerkenswerth in dem Falle war nur, dass in der Familie des Kindes sich keine Bluter befanden.

(Medicin. Klinik, 15. Oktober 1905.)

**Ueber die symptomatische Bedeutung der B. aus den weiblichen Genitalien und deren Behandlungsgrundsätze** lässt sich Prof. Dr. Döderlein (Tübingen) aus. Bei Einschätzung der Genitalblutungen als Krankheitsercheinung muss es geradezu bedauert werden, dass die Frauen durch das regelmässige Auftreten menstrueller B. so sehr an Blutabgänge aus den Genitalien gewöhnt werden, dass sie ganz die Empfindung dafür verlieren, dass diese auch

etwas Krankhaftes darstellen können und dann einen Verlust für den Körper bedeuten. Nur die wirklich menstruellen, in Menge und Dauer streng begrenzten B. sind für einen gesunden Organismus als Säfteverlust bedeutungslos. Um so mehr muss der Arzt beim Erheben der Anamnese darauf bedacht sein, physiologische und pathologische B. scharf gegen einander abzugrenzen und Unregelmäßigkeiten in Typus, Stärke und Dauer der B. genau zu fixiren. Nur durch sorgfältiges Befragen der Pat. vermögen wir uns oft über den wahren Stand der Dinge zu unterrichten, da die Frauen zu sehr geneigt sind, jede Art von B. aus den Genitalien als Menstruation anzusprechen und so unbewusst Täuschungen zu veranlassen. Bei kritischer Würdigung kommt den B. ein hoher diagnostischer Werth zu, der in der Praxis leider nicht immer die gebührende Würdigung erfährt. Welches sind nun die wichtigsten diagnostischen Beziehungen dieser Genitalblutungen? Schon das Verhalten zwischen dem Alter der Pat. und dem Auftreten von B. erlaubt weitgehende Schlüsse. Was die B. jenseits der climacterischen Grenze, also *im Matronenalter* betrifft, so muss man sich zunächst davon frei machen, das Wiederauftreten von B. längere Zeit nach dem Erlöschen der Genitalfunctionen jemals als Periode anzusehen; vielmehr muss daran festgehalten werden, dass B., die nach dem definitiven Erlöschen der Menses auftreten, einen pathologischen Charakter tragen. In der Regel ist ein *Carcinom* die Quelle solcher B., und man kann sagen: das sogen. „Wiederauftreten von Menstruationen“ in diesem Lebensalter ist ein fast pathognomonisches Zeichen für Carcinom, oft das erste und längere Zeit allein bestehende Zeichen für das Vorhandensein eines solchen. Die kritische Einschätzung dieses Krebszeichens wird um so werthvoller, als oft genug die Anwesenheit eines Carcinoms, besonders eines solchen im Fundus uteri, auch durch die sorgfältigste und sachkundige, combinirte Untersuchung sonst nicht erkannt oder auch nur vermuthet werden kann. Weder Vergrößerungen des Corpus uteri, noch unregelmässige Gestaltungen verrathen in seinem Innern sich entwickelnde Carcinomwucherungen, die erst durch die probatorische Curettage und mikroskopische Untersuchung festgestellt werden können. Andere Anlässe zu B. in dieser Lebenszeit sind so selten gegenüber dem Carcinom, dass sie erst nach zuverlässigem Abschluss eines solchen in Betracht gezogen werden sollten. Fast ebenso charakteristisch geben sich die die Frauen *in den*

*climacterischen Jahren* häufig heimsuchenden *Myome* zu erkennen. Das Carcinom veranlasst dadurch B., dass das Krebsgewebe zerfällt und durch Arrosion Blutbahnen eröffnet werden. Diese B. entstehen also ganz unregelmässig, ohne jeden äusseren und inneren Antrieb, wie eben gerade der Zerfall vor sich geht, sie treten völlig atypisch auf, anfänglich seltener, später mit dem Wachsthum immer häufiger und stärker, endlich ununterbrochen. Die Myome dagegen bluten nicht selbst, sondern sie veranlassen die B. meist auf dem Umwege der Menstruation. Ausnahmen sind nur jene Fälle, wo submucöse Myome sich in gestielte Polypen umwandeln und als solche schliesslich geboren werden, oder wo Metamorphosen in ihnen auftreten, maligner oder gangränöser Zerfall. Sonst und damit in der überwiegenden Zahl der Fälle haben die Myome die Eigenthümlichkeit, einmal die Menstruation in Bezug auf ihre Stärke, Dauer und Häufigkeit zu verändern und sodann deren climacterisches Erlöschen zu verzögern. Statt dass bei einer Frau die Menstruation in den vierziger Jahren aufhört, setzt sie sich in zunehmender Stärke unter Verkürzung der Intervalle und immer mehr sich ausdehnender Dauer bis in die fünfziger Jahre hinein fort, allerdings durch blutfreie Intervalle ihren Typus als Menses bewahrend. Jede jenseits des 50. Lebensjahres noch regelmässig und stark menstruirende Frau können wir mit dem höchsten Grade von Wahrscheinlichkeit als myomkrank ansehen! Der normale Ablauf der Wechseljahre ist ja an sich mit gewissen Unregelmässigkeiten in dem menstruellen Typus verknüpft, doch ist dringend davor zu warnen, solche Unregelmässigkeiten in diesen Jahren gemeinhin so leicht zu nehmen, wie dies die Frauen selbst zu thun pflegen. Das gewöhnliche ist, dass die Periode in dieser Lebensperiode seltener und kürzer wird, dass nach monatelanger Sistirung einmal oder mehrere Male wieder wohl charakterisirte, menstruelle B. auftreten, nicht aber darf man sich ohne weiteres mit der Annahme von harmlosen Wechseljahrsblutungen begnügen, wenn Unregelmässigkeiten nach der anderen Richtung hin eintreten, also die Menstruation häufiger, länger und stärker wird. Gerade weil in dieser Zeit die Abgrenzung physiologischer und pathologischer B. besonders schwierig ist und gerade in dieser Epoche Neubildungen sehr häufig sich entwickeln, hat man allen Veränderungen der Menses erhöhte Aufmerksamkeit zu schenken und die Diagnose in jedem Falle durch genaue Untersuchung fest-



zustallen. In der *Zeit der Geschlechtsreife*, zwischen dem 15. und 45. Lebensjahre, gibt es zahlreiche Ursachen für unregelmässige B. Die Erfahrung lehrt, dass in den 20er Jahren und auch noch in der ersten Hälfte der 30er Jahre Carcinome und Myome relativ selten sind, doch muss auch in dieser Zeit mit der Möglichkeit solcher gerechnet werden. In den Vordergrund drängen sich hier die aus dem Geschlechtsverkehr entspringenden Krankheiten, die auf Conception und Infection zurückzuführen sind, ferner sämtliche gynaekologischen Veränderungen. Sehr oft sind hier versteckte und unerkannte *Aborte* im Spiel, und wir treffen nicht selten bei über eine Reihe von Monaten sich hinziehenden B. als Ursache zurückgebliebene Abortreste, deren Verkennung unheilvolle Verzögerungen der wirksamen Behandlung zur Folge hat. Man muss hier in der Anamnese sorgfältig zurückforschen, um festzustellen, dass die Periode ein oder mehrere Male vor Beginn dieser unregelmässigen B. zurückgeblieben ist. Andererseits darf man nicht zur Diagnose eines einfachen Abortes veranlasst werden und darüber anderes übersehen. Hier ist vor allem der Extrauterin gravidität zu gedenken, die sich vielfach und längere Zeit in ihren Erscheinungen mit denen eines uterinen Abortes decken kann, sodass vielleicht über dieser Verkennung die richtige Zeit des lebensrettenden Eingriffs verpasst wird. Dabei ist zu betonen, dass gerade die gefährlichsten Formen der extrauterinen Schwangerschaft, diejenigen der B. in die freie Bauchhöhle einen negativen Genitalbefund ergeben. Von gewissem Werth für diese Unterscheidung ist die Wechselbeziehung des Allgemeinbefindens zu der sichtbar abgegangenen Blutmenge. Nur ausnahmsweise erzeugt ein uteriner Abort so hohe Grade von Anaemie, wie die intraperitoneale Blutung bei Tubargravidität, die in wenig Stunden die bedrohlichsten Erscheinungen auszulösen vermag. Schliesslich sind noch die B. in der *Pubertätszeit* zu erwähnen, bei Virgines ohne genitalen Befund, die meist auf *Chlorose* beruhen und einer *Allgemeinbehandlung* weichen, während sonst die *Localbehandlung* in den Vordergrund tritt, nachdem unter Zuhilfenahme aller diagnostischen Mittel die Quelle der B. eruirt ist, nach der sich dann die Art der Behandlung richtet. Man mache nicht erst den Versuch, durch medicamentöse Therapie der B. Herr zu werden, da oft dadurch kostbare Zeit verloren geht. Auch vor schablonenhafter Curettage ist dringend zu warnen, da eine solche manchmal, — es sei nur an die Myome er-

innert — direct schadet. Die Auskratzung ist nur bei gewissen Fällen am Platze. Wenn die combinirte Untersuchung einen negativen Genitalbefund ergeben hat, dann handelt es sich bei in der Geschlechtsreife stehenden Frauen häufig um fungöse Wucherungen im Endometrium, sofern nicht etwa gestörte Rückbildung nach Abortus oder Wochenbett in Betracht kommt. Das sind die Fälle, wo die Auskratzung segensreich wirkt. Auch die intrauterinen Aetzungen erheischen grosse Vorsicht in der Auswahl der Fälle. Bei den im Climacterium stehenden oder sich ihm nähernden Frauen kommen manchmal B. vor, ohne dass ein objectiver Befund oder selbst die mikroskopische Untersuchung Aufschluss gibt; vielleicht liegt hier mangelnde Contractilität des Uterus oder Brüchigkeit der Gefässe der B. zu Grunde. Bei solchen dunklen climacterischen resp. präclimacterischen B. kann man oft etwas erreichen mit der Vaporisation. Im Allgemeinen erheischt auch diese Behandlung im übrigen grosse Vorsicht in der Auswahl der Fälle, namentlich bei jüngeren Frauen. Zu warnen ist besonders davor, diese Therapie bei Myomen anzuwenden.

(Deutsche med. Wochenschrift 1905 No. 47.)

- **Ein Fall von Akromegalie (Zerstörung der Hypophysis durch Blutung)** wurde von Dr. L. Bleibtreu (Evang. Krankenhaus Cöln) beobachtet. Autor schwankte zuerst, ob es sich nicht um reinen Riesenwuchs handelte, da die akromegalischen Veränderungen sehr gering waren. Er kam aber zu der Entscheidung, dass doch Akromegalie im Anfangsstadium vorlag. Der 21jährige Pat., früher stets gesund, will vor fünf Jahren ein Trauma (Sturz auf einer Treppe) erlitten haben, das aber keinerlei Folgen zu haben schien. Mit 17 Jahren setzte ein sehr schnelles Grössenwachsthum ein. Patient ist 1,96 m lang. Alle Körpertheile, Kopf, Extremitäten, Hände und Füsse auffallend gross, aber dem Riesenwuchs entsprechend. Allein Nase und Lippen machen einen im Verhältnis übermässig grossen, unförmigen Eindruck, ebenso die Stirntheile über den Augenbrauen. Das ganze Gesicht hat dadurch etwas Starres, Maskenhaftes. Stimme tief und rau. Pat. starb später an Phthisis pulmonum. Bei der Section war von der Hypophysis nichts zu entdecken. Die ganze Einbuchtung des Türkensattels ausgefüllt durch ein eigenthümliches Gebilde, das Aehnlichkeit mit einem Vogelnest hat. Der ganze Grund des Nestes von goldgelber Farbe.

Prof. Dr. Ribbert untersuchte das Gebilde und urtheilte folgendermaassen: „die Hypophysis ist offenbar, wahrscheinlich durch eine Blutung, zu Grunde gegangen. Die gelbe Farbe rührt von Blutpigment her, das in ein faseriges Bindegewebe eingebettet ist. Das Bindegewebe ist als neugebildet anzusehen. Darunter befindet sich noch eine dünne Lage Hypophysisgewebe“. Pathologische Veränderungen der Hypophysis gehören zu den constanten Befunden bei Akromegalie. Allerdings war meist die Drüse hypertrophirt und geschwulstartig (Adenome, Sarcome, Gliome) verändert. Dies führte dazu, anzunehmen, dass die Akromegalie auf einer Vermehrung der Drüsenelemente, auf einer pathologischen Functionssteigerung beruht. Diese Theorie muss einen schweren Schlag erleiden durch obigen Fall, bei dem fast vollständiger Schwund der Drüse zu Gigantosomie und Akromegalie geführt hat, also Ausfall der Drüsenfunction stattfand. Das führt zur Vermuthung, dass in den Fällen, wo anatomisch eine Vermehrung der Drüsensubstanz bestand, trotzdem ebenfalls eine Einschränkung der inneren Secretion der Drüse stattfand. Die Entstehung der Akromegalie hat man schon vielfach mit Traumen in Verbindung gebracht, sodass obiger Fall hierin durchaus nicht einzig dasteht.

(Münchener med. Wochenschrift 1905 No. 43.)

### **Chorea. Ueber die Behandlung der Ch. mit Aspirin** macht

Dr. E. Germonig (Städt. Spital Triest) Mittheilung. Er hat 6 Fälle mit Aspirin behandelt und war mit den Erfolgen sehr zufrieden. Bei zwei Kindern z. B. (11- und 15jähr. Mädchen) wurden an fünf aufeinander folgenden Tagen dreimal täglich 1 g verabreicht, dann eine dreitägige Pause gemacht, dann wieder fünf Tage die Aspirin-cur durchgeführt u. s. w. In beiden Fällen nach dreiwöchentlicher Cur Heilung. Bei einer 26jährigen Pat. Heilung schon nach zehn Tagen; sie erhielt am ersten Tage 3 g, am zweiten Tage 4 g, am dritten Tage 5 g Aspirin, dann dreitägige Pause, dann drei Tage lang die angegebenen Dosen.

(Pharmakolog. u. Therapeut. Rundschau 26. März 1905.)

### **Diabetes. Zur Behandlung des D. insipidus** berichtet Prof.

C. Posner (Berlin) über einen Fall, bei dem die Bergmann'schen Kautabletten recht gute Dienste leisteten,

speciell was die Trockenheit im Munde und das Durstgefühl anbetrifft. Der Kanact erzeugt ja reflectorisch erhöhte Speichelabsonderung und erklärt sich die gute Wirkung der Tabletten, die nicht nur Durchfeuchtung der Mundhöhle herbeiführten, sondern auch einigermaassen eine Entlastung der Nieren bewirkten. Pat. verbrauchte 5—6 Stück pro die, worauf sehr bald der Durst, die Getränkeaufnahme, die Harnabsonderung abnahmen, der Harn selber an Concentration zunahm. Ob sich solche Behandlung durch längere Zeit hindurch durchführen lässt, erscheint ja fraglich; immerhin dürfte sie auch bei manchen anderen Polyurien und Polydipsien ein Hilfsmittel darstellen, dessen man sich wenigstens von Zeit zu Zeit einmal mit Nutzen wird bedienen können.

(Berliner klin. Wochenschrift 1905 No. 44a, Festnummer für Ewald.)

Ueber **Prostatahypertrophie und D.** liess sich Prof. C. Posner aus. Mitunter bleibt bei Diabetikern nach völligem oder fast völligem Verschwinden des Zuckers aus dem Harn das lästige Symptom der Polyurie — und hiervon abhängig der Durst, die Trockenheit im Munde, der häufige Harndrang und die Störung der Nachtruhe — weiter bestehen. Man hat dies auf verschiedene Weise zu erklären versucht: Manche nahmen einen directen Uebergang des D. mellitus in einen D. insipidus an, Andere erblickten in dieser Polyurie ein cerebrales Heerdsymptom, bedingt durch die Nachbarschaft des Claude-Bernardschen und des Eckhardt'schen Centrums. Das mag ja für manche Fälle stimmen, aber es kommt doch noch eine andere Möglichkeit in Betracht. Betrachtet man solche Krankengeschichten, so ergibt sich, dass von dieser postdiabetischen Polyurie gerade ältere Männer betroffen werden. Würde man bei diesen nichts von dem vorausgegangenen D. gewusst haben, so müsste nach dem ganzen Krankheitsbild unzweifelhaft der Verdacht erweckt worden sein, dass hier eine Erkrankung der Harnorgane selbst, insbesondere eine Prostatahypertrophie im Spiele sei; bietet diese doch genau den gleichen Symptomencomplex dar. In den betreffenden Krankengeschichten ist zwar von der Prostata nie die Rede, aber man kann sich wohl denken, dass über dem D., der ja ursprünglich eine zureichende Erklärung für die Klagen der Pat. zu geben scheint, die Beachtung einer örtlichen Affection im Bereiche der Harnorgane unterlassen worden ist. Autor selbst hat erst kürzlich einen solchen Pat. gesehen, der jahrelang

wegen seines D. nach Carlsbad gegangen war, trotz günstiger Resultate in Bezug auf die Glykosurie nie eine durchgreifende Besserung erzielt hatte, vielmehr nach wie vor über Polyurie und Harndrang klagte, und bei dem die Untersuchung der Prostata dann erst den Grund hierfür erkennen liess; es hatte sich bereits eine hochgradige Retention mit den erwähnten Folgen ausgebildet. Aber auch das Umgekehrte kann vorkommen, ereignet sich sogar wohl noch öfter: der Pat. sucht wegen seiner Harnbeschwerden den Arzt auf und dieser erkennt sofort deren Grund in einer Altershypertrophie der Prostata und unterlässt es, auf Zucker zu untersuchen, da die Prostatahypertrophie mit der durch sie bewirkten Stauung des Harns in Blase, Harnleitern, Nierenbecken alle Symptome in befriedigender Weise erklärt. Ja, die Harnuntersuchung scheint auf den ersten Blick eher gegen eine Glykosurie zu sprechen. Bekanntlich nehmen wir gerade bei den Prostatikern eine besondere Bedeutung des specifischen Gewichtes des Urins für Diagnose und Prognose an; wir wissen, dass hier fast stets, namentlich in vorgerückten Stadien der Erkrankung, die Nierenfunction in der Art beeinträchtigt ist, dass die Abscheidung der festen Bestandtheile darniederliegt; der Harn entspricht etwa demjenigen der ganz chronischen Schrumpfniere, er wird in reichlichen Mengen abgesondert, ist aber dünn und wiegt etwa 1005—1015. Die Gefahr des Prostatismus liegt ja gerade in der Retention von Harnbestandtheilen, in der chronischen Harnvergiftung, auch wo es noch nicht einmal zur Infection gekommen ist. Höhere specifische Gewichte betrachten wir demgemäss als Signum boni ominis, müssen uns aber auch hier sichern, dass sie nicht etwa durch einfache Addition von Zucker zu stande gekommen sind. Wenn nun aber das Harngewicht wirklich abnorm niedrig ist, so ist man leicht versucht, Zucker a priori auszuschliessen. Bekanntlich werden ja bei D. im Ganzen übernormale Ziffern gefunden, wenn auch z. B. Frerichs schon warnte „man vergesse indessen nicht, dass ein Harn, welcher 1010 wiegt, bei D. vorkommen kann“. Es ist jedenfalls begreiflich, wenn Jemand beim specifischen Gewicht von 1009 oder 1011 und an sich schon sicherer Diagnose die Untersuchung auf Zucker für überflüssig hält; und doch hat Autor innerhalb weniger Monate zweimal bei Pat., die einen helltrüben Urin derart entleerten, nicht unerhebliche Mengen von Zucker nachweisen können.

*Wie man auf der einen Seite fordern muss, dass mindestens*

*bei älteren Diabetikern über der Harnanalyse nicht die Untersuchung der Harnorgane vernachlässigt werde, so kann auf der andern die Mahnung nicht dringlich genug wiederholt werden, die Zuckeruntersuchung in jedem einzelnen Fall von Harnkrankheit vorzunehmen.* Gibt es doch sogar Fälle, in denen schwere dysurische Zustände durch die jahrelang übersehene Anwesenheit von Zucker im Harn hervorgerufen waren, und macht doch auch Naunyn auf Harnretention bei schweren Diabetikern, anscheinend ohne jede örtliche Veranlassung, aufmerksam! Autor hat in den letzten zehn Monaten unter 30 Fällen von Prostatat hypertrophie fünfmal, d. h. in jedem sechsten Falle, gleichzeitig Zucker im Urin angetroffen, und zwar in Mengen und unter Erscheinungen, die auf wirklichen D. hindeuteten. An sich kann man sich ja auch über das Zusammentreffen dieser beiden Erkrankungen nicht gerade wundern; jede von ihnen ist am Ende häufig genug, um sogar eine zufällige Coincidenz begreiflich erscheinen zu lassen. Immerhin muss man sich doch die Frage vorlegen, ob nicht eine ursächliche Verbindung bestehen mag. *Der Prostatiker erscheint in der That zum D. disponirt, weil er oft gleichzeitig Arteriosklerotiker ist.* Wenn auch die Prostatat hypertrophie selbst nicht auf Arteriosklerose beruht, so bietet doch bei solchen alten Pat. das Gefässsystem sehr oft die Erscheinungen der Arteriosklerose dar. Dass letztere aber mit D. einen Zusammenhang hat, ist erwiesen. Jedenfalls hat jene Doppelerkrankung eine nicht geringe praktische Bedeutung. Können doch schon hieraus für die Allgemeinbehandlung, insbesondere für die Ernährung des Prostatikers, grosse Schwierigkeiten erwachsen. Wir haben doch die Aufgabe, bei dem an sich schon schweren Leiden wenigstens die deletären Einflüsse des Zuckers nach Möglichkeit auszuschalten; dem setzt namentlich der charakteristische Widerwille gegen jegliche Fleischnahrung, der sich bei Pat. mit Harnretention einstellt, den ernstesten Widerstand entgegen. Diese Pat. geniessen am ehesten noch Amylaceen und Zucker; auch die grossen Mengen von Milch, die wir ihnen gern verabfolgen, sind vom Standpunkt der Diabetesbehandlung aus nicht ohne weiteres zu billigen. Man wird hier im Einzelfalle stets sorgfältig erwägen müssen, worauf das Schwergewicht zu legen ist. Noch grössere Schwierigkeiten erwachsen da, wo activere Eingriffe in Betracht kommen. Bereits die Gefahren des einfachen Katheterismus — namentlich wo es sich um den überaus schwierigen Beginn der Behand-

lung langdauernder Retention handelt -- werden durch den gleichzeitigen D. sehr erhöht, insbesondere kann, worauf Schmitz hinwies, bei zuckerhaltigem Harn besonders leicht eine infectiöse Cystitis mit recht schweren Erscheinungen sich einstellen. Noch schlimmer steht es mit den eigentlichen Operationen, welche die Gefahr des Coma heraufbeschwören und bei D. direct contraindicirt erscheinen. Also die Frage hat in der That grosse praktische Bedeutung.

(Berliner med. Gesellschaft, 8. Nov. 1905. — Berliner klin. Wochenschrift 1905 No. 47.)

### **Diphtherie. Zur Therapie der diphtheritischen Larynx-**

**stenose** theilt Dr. Rudolph (Magdeburg) an drei Fällen gemachte Erfahrungen mit. Im Jahre 1899 wurde er zu einem zweijährigen Kinde mit hochgradiger diphtheritischer Kehlkopfstenose gerufen. Der Vater verweigerte die Operation. Autor injicirte Behring No. II und gab etwa alle sechs Stunden zwei Tropfen Opiumtinctur. In der Opiumbetäubung hielt das Kind die schwere Athemnoth aus, bis die Serumwirkung eintrat. Jedesmal, wenn es aus dem soporösen Zustande erwachte, erhielt es etwas Nahrung, hauptsächlich Milch. Stellte sich der Schlafzustand nicht wieder ein, bekam es Opium, selbst wenn erst vier Stunden vergangen waren. Schon nach 24 Stunden liess sich der günstige Einfluss des Serums erkennen. Am zweiten Tage verschwand der Stridor, und bald war das Kind genesen. Erst im Jahre 1902 und 1903 hatte Autor Gelegenheit, zwei ähnliche Fälle zu behandeln, Kinder von neun und zwei Jahren. Die Behandlung mit Opium (und Serum) dauerte bei dem neunjährigen Kinde acht Tage, bei dem andern neun Tage, und war beide Male ebenfalls erfolgreich. Alle drei Kehlkopfdiphtheriefälle waren reif für Tubage oder Tracheotomie gewesen, sie wurden ohne diese geheilt. Das die Stenose bedingende Moment wird eben durch das Heilserum zielbewusst bekämpft, während das Opium die Athmung freier und ergiebiger gestaltet, bis das Serum wirkt. Autor gibt von der Opiumtinctur vier Mal täglich (event. öfter) soviel Tropfen, als das Kind Jahre zählt.

(Therap. Monatshefte, Oktober 1905.)

- Einen **Beitrag zur Pathogenese der D.** liefert Privatdocent Dr. R. Scheller und Privatdoc. Dr. P. Stenger (Kgl. hygien. Institut Königsberg i. Pr.). Dass die Nase eine häufige Eintrittspforte für Infektionskrankheiten ist, ist allgemein bekannt. Dass die Nasenhöhle auch die Eintrittspforte für Diphtheriebacillen sein kann, davon haben sich die Autoren oft überzeugen können; denn bei der Untersuchung einer grossen Anzahl von Angehörigen diphtheriekranker Personen wurden häufig in der Nase Diphtheriebacillen nachgewiesen, während Mund- und Rachenhöhle frei von solthen waren. Die Anwesenheit der Diphtheriebacillen bei einem Individuum kann oft durch lange Zeit hindurch constatirt werden, ohne dass es zu einer Erkrankung kommt: wohl aber gibt es andererseits Fälle, wo selbst nach vierwöchigem Verweilen der Diphtheriebacillen erst jetzt plötzlich es zu einer Diphtherieerkrankung kommt; man muss daher sich bewusst sein, dass die gesunden Diphtheriebacillenträger nicht nur für andere infectiös sind, sondern auch nach langer Zeit bei plötzlicher Resistenzverminderung des Organismus an D. erkranken können. Daher bietet der Aufenthalt der Diphtheriebacillen in der Nase eine besondere Gefahr, da gerade in der Nase diese Bacillen sich sehr lange halten. Die Autoren hatten durch Zufall Gelegenheit, einen directen Beweis für den rhinogenen Ursprung der D. zu erhalten. Bei einer Pat., die wegen Hypertrophie der Schleimhaut der linken unteren Nasenmuschel sich einer Operation unterziehen sollte, fanden sie an fünf aufeinander folgenden Tagen vor der Operation im Nasensecret beiderseits stets Diphtheriebacillen beinahe in Reincultur; auf den Tonsillen waren solche nicht nachweisbar. Erst am Tage nach der Operation fanden sich auch auf den Tonsillen Diphtheriebazillen, und am folgenden Tage entwickelte sich eine typische Rachendiphtherie, ohne dass die Nasenhöhlen klinisch irgendwelche diphtherischen Symptome zeigten. Es wurde hier also unfreiwillig experimentell eine typische D. durch eine Nasenoperation bei einem Individuum hervorgerufen, das vordem Diphtheriebacillen beherbergte, ohne zu erkranken. Es wurden nun anamnestiche Erhebungen angestellt über den Ursprung der Diphtheriebacillen, und es stellte sich heraus, dass Pat. Meierin auf einem Gute sei, auf welchem durch längere Zeit D. herrschte und Todesfälle, speciell auch bei einem Mädchen, die mit ihr zusammen arbeitete, vorgekommen waren. Acht Tage bevor sie in Behandlung



trat, habe sie ihren Urlaub angetreten und die G<sup>te</sup> des Gutes verlassen. Es haben sich hier die Diphtheriebacillen zumindest 14 Tage, vielleicht noch länger, in der Nasenhöhle aufgehalten, ohne eine Erkrankung hervorzurufen. Erst die Operation erhöhte die Disposition, löste die Erkrankung aus. Wahrscheinlich ermöglichte die Schädigung des Nasenepithels das Vordringen der Diphtheriebacillen in den Rachenraum. Der Umstand, dass dann die Erkrankung auf den Rachenraum localisiert blieb, dürfte wohl die Ansicht unterstützen, dass bei vielen Rachendiphtherieen, auch bei solchen mit Nasensymptomen, als Eintrittspforte der Diphtheriebacillen die Nase anzusehen wäre. Andererseits dürfte wohl die Dispositionserhöhung, wie hier durch die Operation, auf natürlichem Wege, durch chemische, mechanische oder infectiöse Schädigungen der Nasenschleimhaut zu kommen und den Diphtherieprocess auslösen. Es wird daher Angehörige von Diphtheriekranken sich möglichst von solchen schädigenden Momenten fern halten müssen. Ferner wird es geboten sein, bei gesunden Diphtheriebacillenträgern nicht nur zur Verhütung der Infektion anderer Personen, sondern auch, um ihre eigene Erkrankung möglichst zu verhindern, die Dauer der Anwesenheit der Diphtheriebacillen durch fleissige Desinfektion der Nasen- und Rachenhöhle zu verkürzen.

(Berliner klin. Wochenschrift 1905 No. 4)

**Dysenterie.** Antidysenterieserum nach Shiga (bezogen von der Firma L. W. Gans, Frankfurt a. M.) hat E. Arndt (Herne i. W.) in acht Fällen von Dysenterie angewendet, und sämtliche Fälle sind in wenigen Tagen ohne weitere Arzneiverordnung, als lediglich zu Beobachtung Diätvorschriften zur Heilung gekommen; es waren darunter fünf Kinder unter 14 Jahren, eines im Alter von 18 Jahren, also in einem Alter, in dem die Dysenterie meist bösartig auftritt; bei den drei Erwachsenen, die alle sofort am ersten Krankheitstage je 10 ccm Serum erhielten, war das Allgemeinbefinden schon am zweiten Tag ein aussergewöhnlich freies, die Stuhlentleerung schon am dritten Tage durchweg wieder normal, bei den Kindern, die etwas später in Behandlung kamen, dauerte es zum Eintritt dieser günstigen Wirkung im Durchschnitt vier bis fünf Tage. Irgendwelche schädliche Wirkung hat Autor in keinem Falle beobachtet.

(Münchener med. Wochenschrift 1905 No. 4)

**gonorrhoe. Ueber Urogosan, ein neues sedatives Blasen-**

**antisepticum** macht Dr. S. Boss (Strassburg i. E.) Mittheilung. Es ist demselben gelungen, dem Gonosan ein erprobtes Antisepticum hinzuzufügen, welches auch die secundären Mikroben der G. abtödtet: das Hexamethylentetramin. Die Verbindung dieses aus Formaldehyd mit Ammoniak entstehenden Antisepticums mit Gonosan heisst Urogosan und kommt in Gelatine kapseln in den Handel (J. D. Riedel, Berlin), von denen jede 0,3 Gonosan und 0,15 Hexamethylentetramin enthält. Letzteres, als „Urotropin“ bekannt, hat sich längst als tadelloses Blasenantisepticum bewährt, ist aber für sich allein nicht im stande, die gonorrhoeischen Entzündungen der Blase zu heilen, mit Gonosan aber combinirt, dies ebenfalls in bester Weise vollführt, wie Autor sich seit etwa einem Jahre überzeugt hat. Im Allgemeinen kam er mit acht bis zehn Kapseln pro die aus, von denen man je zwei nach den Mahlzeiten nehmen lässt. Schon nach einer Woche Klärung des Urins, Verschwinden von Schleim und Eiter. Vor Allem aber frappirt die sedative Wirkung des Präparates. Auch bei der im hinteren Theile der Harnröhre localisirten G. trat die sedative und bactericide Wirkung des Urogosan stets hervor. Aber auch bei nicht durch G. bedingter Cystitis (bei Stricturen, Prostatahypertrophie etc.), bei allen bakteriellen Erkrankungen der Harnwege wirkte das Mittel, das den Magendarmcanal gar nicht belästigt und die Nieren nicht reizt, prompt,

(Medicin. Klinik 1905 No. 47.)

**Ueber den Werth der Gonosanbehandlung bei der G. des Mannes** fällt Dr. H. Saar (Kgl. dermatolog. Klinik in Breslau) auf Grund von über 50 Beobachtungen sein Urtheil. Es waren das bis dahin unbehandelte Fälle von acuter G., die jetzt ausschliesslich mit Gonosan behandelt wurden. Dass Gonosan wochenlang ohne Anstand genommen (3—5mal 2 Kapseln nach dem Essen mit warmer Milch) und gut vertragen wird, ist richtig. Das Brennen nahm bei dieser Behandlung meist rasch ab, nicht so aber die schmerzhaften Erectionen, die in der Regel nicht gelindert wurden. In vielen Fällen verschwand auch auffallend rasch die Secretion; doch war das keineswegs immer der Fall. In 10% der Fälle traten Reizerscheinungen auf, in 26% ein Uebergreifen des Processes auf die hintere Harnröhre. Nur in 12% der Fälle war ein Verschwinden der Gonokokken zu constatiren, in 88% wurden zum Theil

nach mehrwöchentlicher Behandlung Gonokokken oft in reichlicher Menge gefunden; dabei war das Secret oft minimal und nur Flocken im Urin. Diese Erfahrungen können nicht ermuthigen, das Gonosan als ein Mittel zu empfehlen, das im stande ist, eine Heilung der G. herbeizuführen. Das ist ja auch nicht wunderbar, da das Mittel kaum einen Einfluss auf die Erreger hat, sondern höchstens einige Symptome der Krankheit günstig beeinflusst. In letzterem Umstande liegt sogar eine gewisse Gefahr; denn schwinden unter der Gonosanbehandlung wirklich die subjectiven Beschwerden und das Secret, so werden sich viele Pat. als geheilt betrachten und sich der Behandlung entziehen. Man bleibe also bei der bewährten antiseptischen Behandlung und wende Gonosan höchstens als *Adjuvans* an; vor ausschliesslicher Behandlung mit letzterem ist aber auf Grund obiger Erfahrungen zu warnen.

(Münchener med. Wochenschrift 1905 No. 46.)

- **Eine neue Penisklemme** empfiehlt Dr. A. Strauss (Barmen). Die neuen Silbermittel wirken bei G. um so nachhaltiger, je länger sie in der Harnröhre zurückgehalten werden. Die Harnröhre längere Zeit mit den Fingern verschlossen zu halten, ist unbequem und mühsam. Die bisher gebräuchlichen Klemmen aber schneiden zu tief in die Haut ein und werden unangenehm empfunden. Autor hat nun bei Stamm & Co. in Ohligs eine Klemme herstellen lassen, welche den Druck der Finger genau nachahmt. Sie fasst von der Seite und ist an ihren Federenden mit 2 Platten versehen, welche wie 2 Finger die Eichel zusammendrücken und die man stundenlang liegen lassen kann. Sie eignet sich auch sehr zu Abortivcuren in der Sprechstunde und für die Anaesthesirung der Harnröhre.

(Münchener med. Wochenschrift 1905 Nr. 44.)

### **Helminthiasis. Filmaron** (Boehringer & Söhne) hat

Dr. Brieger (Cosel) in 23 Fällen versucht, 21 mal in einer Aether-Ricinusöl-Mischung, 2 mal in Kapseln (Firma R. Engelhard in Frankfurt a. M.). In allen Fällen trat die Wirkung in 2—5 Stunden ein. In einem Falle heftige Koliken, 2 mal vorübergehend Leibscherzen, bei allen übrigen keine subjectiven Beschwerden. In keinem Falle blieb die Wirkung ganz aus. Von den ärztlicherseits vorgenommenen Untersuchungen der abgegangenen Taenien (15 Fälle) wurde 12 mal der Kopf sicher nachgewiesen.

3 mal gelang dieser Nachweis nicht; 8 mal konnte Untersuchung nicht erfolgen. Berücksichtigt man, dass unter den ärztlich untersuchten Fällen bei  $\frac{4}{5}$  der Kopf sicher nachgewiesen wurde, so dürfte man wohl berechtigt sein, von den zweifelhaften Fällen wenigstens  $\frac{2}{3}$  den positiven Resultaten zuzurechnen. Das Resultat wäre dann:

1. Sicher positive Fälle  $16=74\%$ .

2. Sicher negative Fälle  $7=26\%$ .

Demnach muss Filmaron als empfehlenswerthes Bandwurmmittel anerkannt werden, zumal es verhältnissmässig selten unangenehme Nebenwirkungen hervorruft.

(Die Therapie der Gegenwart, October 1905.)

- **Zur Verhütung des Erbrechens bei Bandwurmcuren** liess man bisher schwarzen Kaffee, Cognak, Citronensaft, Pfefferminzkuchen nehmen, doch war die Wirkung dieser Mittel unsicher. Seit mehreren Jahren bedient sich San.-R. E. Apolant (Berlin) eines Verfahrens, das ihm sehr gute Dienste leistet. Er lässt nämlich, um die Magenschleimhaut empfindungslos zu machen,  $\frac{1}{4}$  bis  $\frac{1}{2}$  Stunde vor Einnehmen des Bandwurmmittels 1—2 in Oblaten gehüllte Pulver von Menthol und Sach. lact. aa 0.3 schlucken; nebenbei können auch die obengenannten Mittel gereicht werden.

(Deutsche med. Wochenschrift 1905 No. 44.)

- **Citronensaft als Brech- und Heilmittel bei Collaps nach Gebrauch von Extr. flicis maris aether.** hat Regimentsarzt Dr. Fr. Halbhuber in einem Falle mit eclatantem Erfolge angewendet. Ein 50jähriger Mann erhielt 12 g des Extractes, in 3 Portionen  $\frac{1}{2}$ stündlich zu nehmen. Um 8 Uhr früh nahm er die erste Portion, um 10 Uhr ging bereits der Bandwurm ab, um 11 Uhr entwickelte sich aber ein sehr schwerer Collaps, gegen den Hoffmannsche Tropfen, schwarzer Kaffee, Cognak u. s. w. unwirksam blieben, desgleichen Campferinjectionen. Um  $\frac{1}{2}$ 2 Uhr fand Autor den Pat. noch in schwerem Collapszustande; Brechneigung, aufgetriebene, gegen Druck schmerzhaft Magengegend. Entleerung des Magens erschien als dringendstes Bedürfnis. Magenspülung war bei dem Zustande des Kranken kaum möglich. Autor liess den Saft von Citronenscheiben trinken; schon nach der zweiten Scheibe Erbrechen von 4 Liter dunkler, schwarzgrüner Flüssigkeit und damit rasche Besserung aller Erscheinungen.

Nach 1½ Stunden nochmals leichter Collaps; wieder Saft von 2 Citronenscheiben, wieder darauf Erbrechen (1 Liter jener Flüssigkeit) und damit dauernde Beendigung des Krankheitszustandes.

(Wiener med. Presse 1905 No. 48.)

### **Ichthyosis. Ueber Ichthyosis circumscripta der Areola**

**mammæ** macht Dr. H. Frölet (Frauen-Spital Basel-Stadt) eine Mittheilung. Derselbe entdeckte bei einer 28jähr., sonst gesunden Frau in jeder Areola mammæ eine grössere Anzahl dicht beieinander stehender, dunkelbraunschwarz pigmentirter Excrescenzen, welche kranzartig beiderseits die im Uebrigen intakten Brustwarzen umgaben. Einzelne dieser Gebilde waren warzenartig, d. h. sassen breitbasig der Unterlage auf; andere waren mehr kolbig, indem ihr verdicktes Ende auf einem dünneren Stiele aufruhete; wieder andere liefen nach oben zugespitzt aus. Die einzelnen Excrescenzen waren durch tiefe Furchen voneinander getrennt. Die ganze Affection machte einen durchaus reizlosen Eindruck; nirgends Nässen oder Krustenbildung. Auf der linken Brust umgaben die Efflorescenzen als völlig geschlossener Kranz die sonst normal aussehende Mammilla, von welcher sie durch eine schmale Zone ganz intacter Areola getrennt waren, an der rechten Brust fanden sich die Gebilde nur gruppenweise zerstreut. Am ganzen übrigen Körper war von einer analogen Hautveränderung nichts zu bemerken. Pat. will als zwölfjähriges Mädchen zum ersten Male die Veränderung an ihrer Brust bemerkt haben; erst ein einzelnes Wärzchen, dann im Laufe der Jahre allmählich immer mehr. Sie entfernte die mit Rahm aufgeweichten Wärzchen manchmal durch energisches Waschen mit Seife und Bürste, jene bildeten sich aber immer von Neuem wieder. Die Mutter der Pat. leidet an der gleichen Affection. — Es konnte sich hier nur um eine Hyperkeratose handeln, um eine circumscripte I. Ausser dem Aussehen und Charakter der Efflorescenzen sprachen dafür das Bestehen seit den Kinderjahren und das familiäre Auftreten.

(Münchener med. Wochenschrift 1900 No. 38.)

**Influenza.** Districtsarzt Dr. Ad. Rasp (Plan i. Böhmen) theilt uns brieflich mit, dass er bei sich (in mehreren recht heftigen Anfällen) und anderen Pat. von folgender Therapie eclatanten Erfolg gesehen hat. Sie besteht in

Ordination von *Aspirin* (dreimal tägl. 1 g) und *Chinin. sulfur.* (zweimal tägl. 0,25 in Caps. amyl.). Morgens und Abends erhält der Kranke erst das Chinin und gleich darauf das Aspirin, Mittags letzteres allein. Der Herr College bittet um Nachprüfung und Mittheilung der Resultate. — Gleichzeitig berichtet Herr Dr. Rasp, dass er bei einigen Fällen von **Ulcus cruris** mit sehr schönem Erfolge eine *Airol-Zinksalbe* benutzt habe:

Rp. Airol. 2,0  
Zinc. oxyd. 3,0  
Ung. simpl.  
Vaselin. aa 20,0  
M. f. ung.

S. Messerrückendick auf Gaze zu streichen und  
2—4 Tage liegen zu lassen.

Die Salbenreste werden durch warmes Bad entfernt und neue Salbe applicirt. Gute Heilung in 3—4 Wochen. Die Pat. müssen darauf aufmerksam gemacht werden, dass die Salbe orangegelb wird, sonst denken sie an „schlechten Eiter“.

### **oxicationen. Ueber Maretin-Vergiftung** lässt sich

Prof. Dr. Krönig (Berlin, Krankenhaus Friedrichshain) aus. Er lernte Maretin als hervorragendes Antipyreticum und Antirheumaticum schätzen, es fiel ihm aber auf, dass die Pat., nachdem sie einige Tage das Mittel genommen, eine blasse, ins Gelbliche spielende Gesichtsfarbe zeigten, sodass er dem als „ungiftig“ empfohlenen Maretin nicht mehr recht traute. Wie begründet dies Misstrauen war, bewies folgende Beobachtung. Eine 28jähr. Arbeiterin, an Rheumatismus leidend, sonst gesund, bekam Maretin. Nachdem sie 16 Tage hindurch zwei Mal täglich 0,25 g, genommen, bekam sie aschfahle, subicterische Gesichtsfarbe, wurde äusserst matt, bekam starke Schweisse, beschleunigten weichen Puls, leichte Milzvergrösserung. Es wurde nun Blut und Harn untersucht und schwere Haemoglobinaemie und Haemoglobinurie festgestellt. Nachdem Maretin sofort weggelassen worden und Sauerstoffinhalationen, die sehr günstig zu wirken schienen, ordinirt worden waren, erholte sich Pat. wieder. Dieser Fall zeigt, dass man mit Maretin, so wirkungsvoll es auch ist, sehr vorsichtig sein muss. Man soll lieber kleinere Gaben (0,1—0,15) mehrmals geben und die Gesichtsfarbe genau beobachten, deren Veränderung als sicheres Zeichen beginnender Vergiftung aufzufassen ist.

- **Klinische Erfahrungen über Maretinbehandlung bei Phthisis pulmonum und acutem Gelenkrheumatismus** publicirt Dr. A. Benfey (Städt. Krankenhaus am Friedrichshain in Berlin). Maretin wurde hauptsächlich bei Phthisikern angewandt. In sämmtlichen Fällen, in denen das Präparat längere Zeit verabreicht wurde, wurden nach ein bis zwei Wochen schwere Blutveränderungen beobachtet. Die Kranken wiesen eine mehr oder weniger starke Herabsetzung des Haemoglobingehalts im Blute auf und bekamen eine wachsgelbe Verfärbung der Gesichtshaut. In einem Falle nahmen die Erscheinungen der Maretinintoxication sogar acuten Charakter an: sieben Tage nach Beginn der Maretindarreichung schwerer Krankheitszustand, namentlich grosse Schwäche, gelbe Hautfärbung, Sinken des Haemoglobingehaltes auf 24%, Erbrechen, Milztumor, Drüsenschwellungen, ausgedehnte Augenhintergrundsbloodungen. Vier Fälle von acuter Polyarthritits wurden ebenfalls mit Maretin behandelt. In drei Fällen, in denen Maretin längstens sechs Tage lang gegeben wurde, sind keine I. aufgetreten; die Temperatur fiel schnell ab, Schwellung und Schmerzhaftigkeit der Gelenke gingen prompt zurück. In einem Falle, wo das Mittel zwölf Tage lang in Dosen von zweimal täglich 0,25—0,5 g gegeben werden musste, hat Autor neun Tage nach Beginn dieser Behandlung auffallende Blässe des Gesichtes und Sinken des Haemoglobingehaltes von 85% auf 66% constatirt. Alles dies zeigt, dass Maretin keineswegs ein ungefährliches Mittel, kein „ungiftiges“ Antifebrin ist, vielmehr ein schweres Blutgift darstellt, das nur mit äusserster Vorsicht kurze Zeit hindurch gegeben werden dürfte. Dass es mitunter starke Schweisse hervorruft, dass von einer absolut sicheren temperaturherabsetzenden Wirkung des Mittels keine Rede ist, kommt noch hinzu.

(Medicin. Klinik 1905 No. 48.)

- **Ein Fall von Veronalvergiftung** wird von Dr. J. Geiringer (k. k. Wilhelminenspital, Wien) beschrieben. 30jähr. Frau nimmt Abends statt  $\frac{1}{2}$  g Veronal 9 Pulver à 0,5 — 4,5 g. Tiefer Schlaf bis zum Morgen, dann heftige Uebelkeiten, Erbrechen, somnolenter Zustand, taumelnder Gang. Am nächsten Vormittag Aufnahme ins Spital. Klagen über Kopfweh, Uebelkeiten, Erbrechen, Schlafsucht, Schwindelgefühl, rauschartiger Zustand; Temperatur 36,6°, Pupillen eng, gleich. sehr träge reagirend, Conjunctiven injicirt, Athmung ruhig, Puls 68, regelmässig, Herzbefund normal.

Therapie: Magenausspülung mit Tannin (Acid. tannic. 5 g : 5 Liter Wasser), hohe Darmirrigation mit Wasser, zwei Coffeininjectionen à 0,2, starker schwarzer Kaffee. Tags über häufiges Erbrechen wässrig-schleimiger Massen, etwas Schlafsucht. Vom nächsten Tage ab wieder völlig normaler Zustand. — Da zwischen der Einnahme der so grossen Veronalmenge und der ersten Hilfeleistung ein Zeitraum von mindestens zwölf Stunden verflossen war, scheint der günstige Verlauf dafür zu sprechen, dass Veronal nur recht langsam resorbiert wird.

(Wiener klin. Wochenschrift 1905 No. 47.)

- **Vorschläge zur persönlichen Prophylaxe gegen Bleivergiftungen** macht Prof. Grawitz. Trotzdem jetzt ausgezeichnete gesetzliche Bestimmungen existiren, um Bleivergiftungen in Fabriken und Betrieben zu verhüten, obwohl thatsächlich alles Mögliche geschieht, um Bleiintoxicationen vorzubeugen, sind dieselben doch noch immer recht häufig. Die Gründe hierfür sind auf der Hand liegend. Erstens sind die Eintrittspforten für Blei zu vielseitig: Blei gelangt in Staubform in den Mund, wird heruntergeschluckt und wirkt vom Darm aus toxisch; Bleidämpfe gelangen durch die Lungen zur Resorption; Blei wird schliesslich auch durch die Haut aufgenommen. Die Vorsichtsmaassregeln genügen nicht, weil allmählich das Bewusstsein den Gefahren gegenüber sich abstumpft und im Laufe der Zeit stets eine gewisse Lässigkeit eintritt. Es kommt hinzu, dass bei der chronischen Aufnahme von Blei nicht eine solche Gewöhnung an das Gift entsteht, wie z. B. bei der chronischen Arsenikaufnahme, und dass das mehrmalige Ueberstehen von Bleikrankheiten nicht etwa gegen diese Krankheit schützt, sondern im Gegentheil zu weiteren schweren Erkrankungen disponirt. Nun besteht auch eine Schwierigkeit bei der Prophylaxe darin, dass es keine bestimmten äusserlichen Zeichen gibt, um die Vergiftung mit Blei rechtzeitig mit Sicherheit zu constatiren. Der Bleisaum ist ein sehr unsicheres Zeichen, und der Tremor der Hände kann, ebenso wie erhöhte Spannung im Arteriensystem, vollständig fehlen, selbst wenn schon schwere Vergiftungen vorhanden sind. Im Jahre 1899 hat Autor ein Zeichen im Blut gefunden, welches mit grosser Constanz bei Bleiarbeitern auftritt und darin besteht, dass die kleinen *basophilen Pünktchen in den Blutkörperchen* auftreten, welche als degenerative Veränderungen an den rothen Blutkörperchen erkannt



worden sind. Die Bleivergiftung geht also regelmässig mit diesen eigenthümlichen Veränderungen an den rothen Blutkörperchen einher, die bei anderen gewerblichen I. nicht zu finden sind. *Wir haben also an dem Auftreten dieser Veränderungen ein sicheres diagnostisches Zeichen für Bleiintoxicationen vor uns.* Von diesen Erfahrungen ausgehend, hat Autor in zwei Charlottenburger Bleifabriken die Arbeiter untersuchen lassen, 70 an Zahl. Ganz vereinzelt finden sich jene degenerirten Blutzellen ja auch bei gesunden Menschen, ganz einfach wohl deshalb, weil auch beim Gesunden hin und wieder Giftwirkungen einmal vorhanden sein können. Also von ganz vereinzelt Befunden solcher Zellen muss man absehen. Es fanden sich aber bei den 70 Arbeitern in einem ziemlichen Procentsatz recht schwere Veränderungen im Blute, und bemerkenswerther Weise nicht etwa immer parallel gehend mit der Gefährlichkeit der Beschäftigung. Auch die Zeitdauer der Beschäftigung mit Blei ist nicht immer maassgebend für den Grnd der Intoxication. Die individuelle Resistenz der rothen Blutkörperchen spielt offenbar die Hauptrolle. Autor glaubt nun, dass man aus den erwähnten Beobachtungen bei den Arbeitern in der Fabrik, welche sich nicht krank fühlen, zu einer *individuellen Prophylaxe* gelangen kann, indem man *die Arbeiter von Zeit zu Zeit in Bezug auf ihr Blut controllirt*. Das ist recht einfach: es genügt, ein kleines Bluttröpfchen zu fixiren und mit Methylenblau zu färben. Das dauert wenige Minuten. Werden schwere Veränderungen an den Blutkörperchen gefunden, so werden diese Arbeiter aus der gefährlichen Beschäftigung herausgenommen und im Aussenbetrieb, bei harmloserer Thätigkeit, beschäftigt. Von Tag zu Tag gehen dann die Veränderungen zurück, und kommen noch andere therapeutische Maassnahmen hinzu, vor allem abführende Curen durch Bitter- oder Glaubersalz, warme Bäder u. dgl., so gesunden diese Pat. ganz und gar. Jene einfache Maassregel wäre also wohl geeignet, die schweren Folgen einer chron. Bleiintoxication von den Arbeitern abzuwenden. — Aber auch an den *weissen Blutkörperchen* zeigen sich bisweilen bei Bleiarbeitern Veränderungen. Bei der Durchmusterung der Präparate fiel bisweilen eine vermehrte Zahl von Leucocyten, und zwar von atypischen, auf, d. h. Formen, welche normalerweise im Knochenmark vorkommen (einkernige, in verschiedener Weise granulirte, sogen. Myelocyten), ausserdem andere Formen, welche darauf hindeuten, dass

eine Reizung der Knochenmarkszellen mit Proliferation atypischer Leukocyten und vermehrter Einschwemmung ins Blut stattfindet. In einem Falle war diese Vermehrung eine so enorme, dass man an echte *Leukaemie* denken konnte. Die Aetiologie der Leukaemie ist noch dunkel, und es ist interessant, dass hier augenscheinlich eine Giftwirkung vorhanden ist, welche in spezifischer Weise auf die Leukocyten des Knochenmarks einwirkt. Es wäre denkbar, dass durch eine sehr lange fortgesetzte Einwirkung des Bleies der Symptomencomplex der Leukaemie entstehen könnte. Jedenfalls ist bei der Blutuntersuchung der Bleiarbeiter auch dieser Veränderung Aufmerksamkeit zu schenken.

(Berliner medic. Gesellschaft, 25. Oktober 1905. — Berliner klin. Wochenschrift 1905 No. 45.)

### **Magen- und Darmkatarrhe. Anaesthesin gegen**

**Erbrechen** empfiehlt Dr. E. Reiss (Aachen). Zunächst hat Autor Experimente mit dem Mittel angestellt und fand dabei, dass Anaesthesin die Wirkung des Brechweinsteins zu paralysiren vermag, während es gegen die Apomorphinwirkung machtlos ist. Also wirkt das Anaesthesin im Magen ausschliesslich durch Lähmung sensibler Nervenendigungen. Nur reflectorisch von der Magenwand aus erzeugtes Erbrechen kann durch Anaesthesin bekämpft werden. Die Dauer seiner Wirkung auf den Magen beträgt beim Menschen etwa  $1\frac{1}{2}$  Stunde. Der Beginn der Einwirkung dürfte einige Minuten nach Aufnahme des Mittels zu setzen sein. Mit diesen experimentellen Ergebnissen liessen sich die klinischen Beobachtungen gut in Einklang bringen. Bei gewöhnlichen acuten Magenkatarrhen, ebenso wie bei Exacerbationen chronischer bewirkte das Anaesthesin stets in promptester Weise das Aufhören des Erbrechens (und der Schmerzen). Als notwendige Einzeldosis erwies sich 0,5 g. Meist genügt 3malige Gabe pro die, bei sehr heftigem Brechreiz kann man weit öfter die Gabe wiederholen, zumal selbst 8 g pro die keinerlei unangenehme Nebenerscheinungen bewirken. Die zweckmässigste Darreichung ist die Pulverform, doch nur in Oblate genommen, weil sonst die Anaesthesie der Zunge und des Gaumens mit einem Gefühl des Taubseins, Ameisenkriechens u. s. w. beginnt, was manchmal gerade die Brechneigung steigert. Ganz unzweckwässig sind comprimirt Tabletten, die im kranken

Magen oft nicht aufgelöst werden, sondern gerazu mechanisch reizen. Bei acuten Magenkatarrhen kann das Anaesthesin auch direct heilend mitwirken, durch Ruhigstellung der Magenwand. Zweckdienlich ist oft Anaesthesin auch als Vorbereitung für die Einnahme anderer Medicamente, wenn diese durch dauerndes Erbrechen erschwert war (z. B. Chinin). — Bei *Seckkrankheit* versagt Anaesthesin vollständig; ein Erfolg ist hier nach den experimentellen Ergebnissen auch gar nicht denkbar. — Beim *Erbrechen der Schwangeren* hat Anaesthesin in einem Falle Erfolg, im anderen keinen. Auch dies ist leicht zu erklären, da das Erbrechen hier aetiologisch sehr verschieden zu deuten ist. Wo des Erbrechen reflectorisch vom Uterus herkommt, da muss Anaesthesin versagen; wo eine bestehende Magenaffection durch den Zustand nur eine Verschlimmerung erfährt, da wirkt es. So ist es auch bei jedem anderen Erbrechen. Nimmt dasselbe nicht von der Magenschleimhaut seinen Ausgang (tabische Krisen, Peritonitis u. s. w.), dann versagt das Mittel, wo Reizung der centripetalleitenden Nerven der Magenwand das Erbrechen hervorruft, da kommt man mit Anaesthesin aus und kann es sogar wegen seiner Ungiftigkeit allen anderen Nervinis (Cocain!) vorziehen.

(Die Therapie der Gegenwart, October 1905.)

- **Acidol, einen Ersatz für Salzsäure in fester Form** empfiehlt Dr. R. Flatow (Berlin). Dieser Ersatz ist höchst bequem für Pat., die oft ausserhalb speisen und sonst ihr Fläschchen mit Salzsäure bei sich tragen müssen; es hat aber auch sonst manche Vorzüge. Acidol (Betainchlorhydrat) wird von der Act.-Gesellschaft für Anilinfabrication in Berlin hergestellt und aus der Melasse, dem Rückstande bei der Zuckerfabrication in chemisch reiner Form gewonnen, in Pulverform sowie in Pastillen à  $\frac{1}{2}$  und 1 g abgegeben. Es bildet farblose Krystalle, die in Wasser sehr leicht löslich und lange haltbar sind.  $\frac{1}{3}$  Weinglas Wasser genügt zur Lösung einer Pastille. Da das Präparat in concentrirter Form ätzend wirkt, so wurde es nur in der wässrigen Lösung verabreicht, der Geschmack ist angenehm, auch Pat., welche Salzsäure nicht leicht nehmen, toleriren Acidol gut. Die Wirkung des Präparates ist vollständig dieselbe, wie die der Salzsäure. Es hat sich bisher nie die geringste Nebenwirkung gezeigt. 5 Tropfen Acid. hydrochloric. pur. entspricht etwa  $\frac{1}{2}$  g Acidol, 8 Tropfen Salzsäure (also  $\frac{1}{12}$  g) entspricht 1 g Acidol. — Ausserdem kann Acidol noch eine andere praktische Anwendung

finden. Die aus Pepsin unter Zusatz wässriger Salzsäure hergestellten Pepsin-Salzsäure-Präparate, z. B. Pepsin-Salzsäure-Dragees, sind sehr wenig haltbar; schon nach wenigen Wochen zersetzt sich in Berührung mit wässriger Salzsäure stehendes Pepsin derart, dass es völlig seine verdauende Wirkung verliert. Festgestellt wurde dagegen, dass Mischungen von trockenem Acidol und Pepsin völlig haltbar sind. Wir sind jetzt also in der Lage, haltbare Pepsin-Acidolmischungen, die wir in jeder Dosirung herstellen können, unseren Pat. zu ordiniren.

(Deutsche med. Wochenschrift 1905 No. 44.)

- **Zur Behandlung der Diarrhoe mit flüssiger Gelatine**, wie sie E. Cohn empfohlen hat, ergreift Dr. G. Mann (Städt. Krankenhaus Triest) das Wort. Er hat nicht die günstigen Resultate wie jener erzielt, sondern nur unsichere, speciell bei Tuberculose. Im Uebrigen können ja weitere Versuche angestellt werden, obwohl Autor nicht glaubt, dass die flüssige Gelatine die älteren bewährten Antidiarrhoica wird ersetzen können. — Auch Dr. Herzberg (Pardautz) äussert sich zu dem Thema. Er verwendet die Medication seit Jahren mit sehr gutem Erfolge in anderer Form, indem er Suppe von Kalbsfüssen kochen lässt ( $\frac{1}{2}$  kg mit 1 Liter Wasser zu  $\frac{1}{2}$  Liter eingekocht). Die Brühe lässt er rein oder mit Milch gemengt nehmen: sie hat vor der Gelatine den Vorzug der Billigkeit und leichten Herstellbarkeit. Ihr Nährwerth ist nicht zu unterschätzen. Autor hat sie vornehmlich bei diarrhoischen Zuständen von Kindern, aber auch bei Erwachsenen angewandt. Auch bei *Abdominaltyphus* und *Dysenterie* hat sie sich bewährt.

(Die Therapie der Gegenwart, November 1905.)

## **Neuralgien. Die Technik der Antipyrininjectionen bei Ge-**

**sichtsneuralgien und Ischias** bespricht Dr. F. v. Kuester (Charlottenburg). Man kann hier mit diesen Injectionen recht gute Erfolge erzielen. Benutzt wird 50%ige wässrige Lösung, die man erwärmt appliciren muss. Auch Spritze und Canülen verwende man erwärmt (am besten lässt man sie nach dem Auskochen nicht ganz abkühlen). Bei Gesichtsneuralgien genügen die gewöhnlichen Ansätze der Pravazspritze, bei Ischias sind längere Canülen nöthig. Bei Ischias lasse man den Pat. sich mit entblössten Oberschenkeln auf den Bauch legen und suche dann den N. ischiadicus möglichst hoch oben bei seinem Austritt

aus dem Foramen ischiadicum maj. zu palpieren; empfindet bei Druck auf dasselbe ein prickelndes Gefühl am Bein. Die Stelle wird nun sorgfältig desinficirt, so sticht man, nachdem man sich mit der gereinigten Nadel nochmals überzeugt hat, dass man an der richtigen Stelle ist, die Nadel senkrecht auf den Nerven ein, wobei es förmlich fühlt, wenn die Spitze das derbe Gewebe selbst berührt. Jetzt entleert man den ganzen Inhalt der Pravazspritze. Derartige Injectionen macht man 3—8tägigen Intervallen. Etwas schwieriger gestaltet sich die Behandlung der Gesichtsneuralgien. Hier muss man vor allem klar werden, welche Nerven die Störungen verursachen, auf Grund der Angaben des Pat. und unter Kenntnis des Versorgungsgebietes jedes einzelnen Nerven. Hat man den oder die Nerven heraus, so sucht man ihren sogen. Schmerzpunkt auf. Dieser Punkt, bei welchem die Schmerzhaftigkeit auf Druck am stärksten ist, zeichnet auch zugleich diejenige Stelle, bei welcher der Nerv aus der Tiefe bzw. aus dem Knochen heraus und an welcher die Injection zu machen ist. Diese Punkte sind für den N. supraorbitalis bzw. frontalis das durch die Haut leicht durchzufühlende Foramen supraorbitale am oberen medialen Rande der Orbita, für den N. infraorbitalis das Foramen infraorbitale ziemlich senkrecht unter dem vorigen und etwa 1 cm unterhalb des unteren Randes der Augenhöhle gelegen, und für den N. zygomaticus die Ausmündungsstelle des Canalis zygomaticus etwa in der Mitte des Jochbeinkörpers oberhalb des sogen. Wangenhöckers. Auch die Austrittsstelle des N. mentalis, aus dem knöchernen Canal des Unterkiefers, das Foramen mentale, ist leicht zu finden. Dieses liegt nämlich sehr recht unterhalb des linken Prämolarzahnes in der Mitte zwischen Processus alveolaris und unterem Rande des Unterkiefers. Schwieriger ist das Auffinden des Schmerzpunktes für den N. buccinatorius, für dessen Mangel Schmerzen in der Wangenschleimhaut charakteristisch sind, und desjenigen für den N. auriculotemporalis. Bei diesen Nerven, deren Durchbruchsstelle an die Oberfläche der Haut inconstant ist, ist man lediglich auf die Abtastung angewiesen und muss diejenige Stelle zu finden suchen, welche vom Pat. als auf Druck am schmerzhaftesten bezeichnet wird. Hat man diese Punkte nun ermittelt, so geht man auf dieselben ein und injicirt 0,2—0,3 ccm. Lebhaftiger Schmerz tritt auf, der aber bald abklingt. Einstichöffnung mit Heftpflaster zu verschliessen! 3—4 Injectionen

8tägigen Intervallen genügen meist. Sind mehrere Nerven befallen, so nehme man in einer Sitzung nie mehr als zwei vor. Intoxicationerscheinungen sah Autor nie. Manchmal tritt die Heilwirkung erst 2—4 Wochen nach beendeter Behandlung hervor.

(Zeitschrift f. ärztl. Fortbildung 1905 No. 18.)

- **Ichthyolmenthol** empfiehlt als sehr wirksam bei N. und rheumatischen Affectionen Dr. B. Sokal (Lysiec). Die schmerzhaften Stellen werden damit kräftig eingerieben und dann mit Watte oder Flanell eingewickelt. Intercostalneuralgien, Trigemini-neuralgien, Ischias u. s. w. werden bald beseitigt.

(Wiener med. Presse 1905 No. 43.)

### **Pneumonie. Ueber eintägige Pneumonien** lässt sich

Dr. A. Bechtold (Medicin. Klinik Würzburg) aus. Das Vorkommen solcher Pneumonien ist längst sichergestellt; es fragt sich nur, wie häufig solche Erkrankungen sind. Unter 1057 Pneumoniefällen, die 1887—1905 in der Würzburger medicin. Klinik zur Behandlung kamen, befanden sich nur 10 eintägige Pneumonien. Allen Fällen war fast nur der Beginn mit Schüttelfrost, das hohe Fieber und der kritische Temperaturabfall gemeinsam (letzterer meist unter starkem Schweissausbruch). Die übrigen Symptome können in ihrer Intensität sehr verschieden, auch nur angedeutet sein, ja auch gänzlich fehlen. Die Krankheit beginnt unter den gewöhnlichen Allgemeinerscheinungen einer Infektionskrankheit, Schüttelfrost, hohem Fieber, Kopfschmerzen, Mattigkeit, Erbrechen; die Angabe des Pat. über Stechen in der Seite deutet fast stets auf den Sitz der Entzündung hin; nur in 2 Fällen fehlte das Seitenstechen. Am meisten variierten die percutorischen und auscultatorischen Erscheinungen. Es wurden alle Schallarten gefunden: gewöhnlicher voller Lungenschall, leichte Schallverkürzung, manchmal mit tympanitischem Beiklang, endlich eine ausgesprochene Dämpfung. In den beiden Fällen, in denen kein Schallunterschied gefunden wurde, war die Diagnose lediglich auf Grund der Allgemeinerscheinungen, dann der *Bronchophonie*, im weiteren Verlauf auf Grund der Veränderung des Athmungsgeräusches (*Knisterrasseln*, rauhes Athmen, Rasselgeräusche) zu stellen. 2mal trat die Schallverkürzung erst nach Ablauf von 15 bezw. 24 Stunden (vom Beginne des Schüttelfrostes an gerechnet) auf. Noch variabler als der percutorische ist

der auscultatorische Befund. Am häufigsten wurde Knister-rasseln gefunden, nur 2 mal wurde Bronchialathmen gehört, ein andermal konnte nur eine geringe Veränderung des Athmungsgeräusches, abgeschwächtes oder verschärftes Vesiculärathmen, oder vereinzelte Rasselgeräusche, die sich auf eine bestimmte Stelle localisirten, nachgewiesen werden. In 2 Fällen wurde im späteren Verlaufe der Erkrankung pleuritischen Reiben gehört, ein Zeichen, dass der entzündliche Process bis an die Lungenoberfläche gedrun-gen war. 4 mal bestand deutliche Bronchophonie, in einem Falle war sie nur durch etwas lautere Stimme an einer Stelle angedeutet. Die Bedeutung einer eben noch wahrnehmbaren Bronchophonie, die häufig unterschätzt wird, ist nach Leube ein noch feineres Zeichen der beginnenden Infiltration als das erst später wahrnehmbare Bronchialathmen, ja, in vielen Fällen fieberhafter Erkrankung kann Diagnose und Sitz einer Pneumonie nur durch jene An-deutung von Bronchophonie sogar schon während des Schüttelfrostes, wenn noch keine anderen Symptome nachzuweisen sind, bestimmt werden. Das Sputum war wenig charakteristisch; nur einmal war es ausgesprochen rost-farbig, in einem anderen Falle befanden sich im Sputum hellrothe Blutspuren, wieder in anderen Fällen war es schleimig, schleimig-eitrig oder es fehlte ganz. Auf welche Weise ist nun der abgekürzte Verlauf der P. zu erklären? Es ist nicht von der Hand zu weisen, dass die Ursache in einer erhöhten Widerstandsfähigkeit, einer kräftigen Constitution der befallenen Individuen oft liegt. Von obigen 10 Fällen waren 6, welche sehr kräftige Personen betrafen. 4 mal war dies aber keineswegs der Fall, und hier muss man wohl an eine geringe Virulenz des Pneumoniegiftes denken. Diese 4 Fälle kamen übrigens in ganz kurzer Zeit vor, und man muss an eine kleine Haus-endemie denken, verursacht durch einen wenig virulenten Infectionserreger; da die Erkrankungen sich auf einen Saal beschränkten, machte das endemische Auftreten fast den Eindruck einer Contagion.

(Münchener med. Wochenschrift 1905 Nr. 44.)

— **Directe Behandlung der croupösen P.** will Dr. L. Bayer (Hatzfeld, Ungarn) erzielen, indem er verordnet:

Rp. Chinin. hydrochloric. 1,0

Natr. salicyl. 2,0

M. Divid. in part. aeq. No. VI.

S. Täglich 3—4 Pulver.

Er hat damit Mässigung des Fiebers, Seitenstechens, der Athemnot erreicht, das Allgemeinbefinden gebessert und öfters die Krankheitsdauer abgekürzt, die Krisis erleichtert, gute Reconvalescenz erzielt.

(Therap. Monatshefte, Novemb. 1905.)

### **Skleroderma. 10%ige Dermatolzinksalbe bei einem**

**Falle von diffusum S.** hat Dr. R. Mohr (Mügl'n) mit eclatantem Erfolge angewandt. Neben warmen Bädern bestand die Behandlung in Application folgender Salbe:

Rp. Dermatol.

Zinc. oxyd. alb. aa 10,0

Lanolin. 15,0

Vaselin. 65,0.

Nicht bloss die frischeren Stellen (meist im Gesicht) gingen zurück resp. verschwanden (das bereits maskenhafte Gesicht bekam Ausdruck und Beweglichkeit wieder), sondern auch die schon verhärteten Parthieen an Rumpf, Armen und Händen erweichten erheblich.

Münchener med. Wochenschrift 1905 No. 38.)

### **Ulcus molle. Ueber extragenitale Ulcera mollia lässt sich**

Dr. C. Siebert (Dermatolog. Univers.-Klinik Breslau) im Anschluss an eine Beobachtung — U. an einem Finger — aus. Das extragenitale U. ist im Verhältniss zu Häufigkeit des genitalen recht selten. Was seinen Sitz anbelangt, so giebt es wohl keine Gegend des menschlichen Körpers, an der ein U. noch nicht beobachtet wäre. Die häufigste Entstehungsweise des extragenitalen U. ist eine derartige, dass die Infection von einem genitalen Geschwür des Trägers selbst ausgeht, der häufigste Sitz an den Fingern. Auch bei obigem Falle war zunächst nur eine ulceröse, für nichts Besonderes charakteristische Affection am Finger zu constatiren. Besonders auffallend war die grosse Schmerzhaftigkeit des Geschwürs selbst und die Neigung zu starkem peripheren Zerfall. Im weiteren Verlauf zeigte der Process Neigung, sich subcutan nach einzelnen Richtungen hin fortzupflanzen, sodass es zur Bildung einer tieferen Hauttasche und dann an einer anderen Stelle zur Perforation nach aussen an einer bis dahin noch intacten Hautstelle kam, daselbst unter Bildung eines neuen typischen U. Wie in diesem Falle, so



beobachtet man auch sonst beim extragenitalen U., dass das Aussehen ein sehr unbestimmtes ist, dass es einem Panaritium, einer eitrigen Paronychie, einer circumscribten Phlegmone, einer ulcerirten Frostbeule etc. ähnelt. Es wird gewiss als solches oft genug nicht erkannt, und sein Vorkommen dürfte deshalb häufiger sein, als man annimmt. Die Momente, die bei eitrigen Processen an der Hand Anhaltspunkte für das Bestehen eines U. geben, sind die Schmerzhaftigkeit des Geschwürs selbst, nicht des Gewebes der Umgebung, die Resistenz der bei eitrigen Processen an den Händen allgemein üblichen Therapie, weiter die Neigung zu zunächst fortschreitendem Zerfall und der Bildung von unterminirten und zerfressenen Rändern, und dann, was besonders an obigem Falle bemerkenswerth, schleichendes Fortschreiten der Entzündung unter der anscheinend normalen Haut. Diagnose durch den mikroskopischen Befund eines Ausstrichpräparates zu erhärten, durch culturellen Nachweis sicherzustellen. Verhalten der Drüsen absolut nicht typisch. Event. Schwellungen der Drüsen in der Axillar- oder Cubitalgegend, manchmal an beiden. Mitunter gar keine Veränderung der Drüsen, wie bei obigem Falle. Die meisten Ulcera mollia an den Fingern kommen durch Autoinoculation zu stande. Die ganz seltenen Fälle von extragenitalem U., bei denen der Träger keine genitale Affection hat, entstehen meist durch sexuelle Perversitäten, an den Lippen, Zunge u. s. w. Es kommen aber auch mittelbare Uebertragungen vor. *Therapeutisch* ist noch immer das beste Mittel bei U. Carbolsäure, die man aber mit einem dünnen Wattestäbchen sorgfältig in alle Nischen und Winkel hineinbringen muss, und zwar täglich, bis sich das U. vollständig gereinigt hat. Empfehlenswerth auch Isoform, täglich ein Mal aufgestreut bis zur Reinigung des Geschwürs. Von geruchlosen Ersatzmitteln des Jodoforms hat Euophen den am meisten specifischen Einfluss auf das U. Darüber angelegte feuchte Verbände werden sehr angenehm empfunden, ebenso lindert reichliches Aufstreuen von Anaesthesin die Schmerzhaftigkeit.

(Medicinische Klinik 1905 No. 48.)

— **Ueber Wärmebehandlung des U.** äussert sich Prof. E. Weland (Stockholm), der seit Anfang der neunziger Jahre alle weichen Schanker mit constanter Wärme behandelt und ausserordentlich günstige Resultate erzielt hat. Er benutzte dazu einen sehr zweckmässigen Apparat, der

allerdings nur in Kliniken Anwendung finden kann. Aber auch in der Privatpraxis kann man die Wärme bei der Behandlung des U. zu Hilfe nehmen; und wenn diese Wärmebehandlung auch keine constante ist und deshalb nicht so rasch und intensiv wirkt, so leistet doch auch sie recht gute Dienste und ist der Empfehlung werth. Damit die Wärme auf die hauptsächlich zu behandelnden Stellen einwirken kann, muss man vorher die Geschwüre auskratzen und unterminirte Ränder abschneiden. Ist dies geschehen, so ist die Wärme so zu appliciren, dass z. B. der Penis (mit zurückgezogenem Praeputium, wenn die Geschwüre im Sulcus sitzen) in ein kleines Gefäss mit 50° C. warmem Wasser gegeben und dort gehalten wird, bis die Temperatur des Wassers gesunken ist, dann wieder in Wasser von 50° gesteckt wird u. s. w.; oder der Pat. kann auch unmittelbar auf die Geschwüre in 50—55° C. warmes Wasser getauchte Baumwolle legen und sie sehr oft wechseln. Das ist mindestens viermal täglich je 15 bis 20 Minuten zu machen. Nach jeder Procedur sind die Geschwüre zu trocknen und mit Jodoform resp. Dermatol zu bedecken. Ebenso lassen sich Rhagadenschanker an der Praeputialmündung behandeln. Bei Anschanker kann man den Pat. mehrmals täglich  $\frac{1}{4}$  Stunde lang in einem Bidet mit so heissem Wasser, wie er es ertragen kann, sitzen lassen (desgleichen bei U. an den weiblichen Genitalien). Bei U. mit Phimosis ist die Praeputialhöhle fleissig mit warmem Wasser durchzuspülen. Eine Spülkanne mit 50—55° C. warmem Wasser steht durch einen Gummischlauch mit einem kleinen abgeplatteten Kautschukmundstücke mit ganz glatten Rändern in Verbindung. Dies Mundstück wird so weit wie möglich nach hinten unter das Praeputium eingeführt, hierauf wird die Präputialmündung mit den Fingern fest um das Mundstück zusammengedrückt und das Wasser hineingelassen. Hierdurch spannt sich die Präputialhöhle aus und alle Geschwüre kommen mit dem warmen Wasser in Berührung. Nach  $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$  Minute wird das Wasser herausgelassen, worauf die Praeputialmündung sofort wieder zusammengedrückt, frisches Wasser hineingelassen wird u. s. w. So wird 10—20 Minuten lang verfahren und zwar mindestens 4—6 mal täglich.

**Urticaria.** Ein Fall von *U. acuta* mit besonderer Complication wurde von Dr. Wende (Kreuzburg) beobachtet. Er betraf einen 58jährigen Pat. der Provinzialirrenanstalt, der wegen manisch-depressiven Irreseins seit mehr als einen Decenium in Behandlung steht. Dieser Pat. also erkrankte eines Abends 7 $\frac{1}{2}$  Uhr beim Aufwaschen des Geschirrs ganz plötzlich (fühlte sich bis dahin körperlich durchaus wohl und befand sich auch psychisch in einem anfallsfreien Intervall), nachdem er etwa  $\frac{1}{2}$  Stunde vorher seine Abendmahlzeit (Kartoffeln und warmen Krautsalat) mit bestem Appetit zu sich genommen hatte. Zunächst äusserst intensiver Niesreiz (gegen 30 mal niesen), gleichzeitig ausgesprochene subjective Empfindung einer erheblichen Schwellung der Mund- und Nasenschleimhaut. Dazu bald starkes Brennen in den Augen und heftiger Juckreiz am ganzen Körper, Oppressionsgefühl auf der Brust und im Halse und subjective Empfindung von Athemnoth.  $\frac{1}{2}$  Stunde später folgender objectiver Status: Lider, Nase und Lippen stark ödematös geschwollen; Conjunctiva stark injicirt, sonderte schleimig-eitrige Flüssigkeit ab; aus der Nase tropfte ein wässriges Secret, aus dem halbgeöffneten Munde floss Speichel in abundanter Menge. Mund- und Rachenschleimhaut zeigte, abgesehen von erheblichem Oedem, keine Veränderung. Auf der Haut des ganzen Körpers enorme Anzahl von bis bohnergrossen Urticariaquaddeln. An manchen Hautpartien daneben unregelmässig streifige und flächenhafte Röthungen von ödematöser Beschaffenheit und erhöhter Temperatur; im Gesicht, an den Ohren, am Halse und in der Achselhöhle nur letztere Efflorescenzen. Respiration leicht dyspnoisch, Temperatur normal, aber Puls klein, kaum fühlbar, über 120 Pulsschläge. Während des Stehens klagt Pat. über Schwindel, Schwarzwerden vor den Augen. Im Bereiche des Nervensystems keine Störungen. Mit Rücksicht auf die bedrohlichen Symptome seitens des Herzens und die bestehende Hirnanaemie einige Campher-injectionen, Bettruhe u. s. w., sonst keine therapeutischen Maassnahmen. Abends 10 Uhr Röthung und Quaddelbildung der Haut bereits völlig weg, dagegen noch Oedem und abnorme Secretion der Schleimhäute. Urin frei von Eiweiss und Zucker. Am nächsten Morgen nur noch leichtes Oedem des linken unteren Augenlides und vermehrte Secretion aus der Nase, die indessen auch bald aufhörte. Der Fall war zunächst interessant wegen der Begleiterscheinungen der *U.*, welche, wie diese selbst, recht flüchtiger Natur waren. Sodann wegen der Aetiologie.



Alle die Momente, welche sonst U. veranlassen, fielen hier weg. Auch die genossenen Speisen waren nicht zu beschuldigen; Pat. hatte sie früher so und so oft anstandslos gegessen, und an jenem Tage wurde dieselbe Kost von allen anderen ohne irgendwelchen Schaden genossen. Medicamente hatte Pat. nicht genommen, Magendarmstörungen, Diabetes u. s. w. bestanden nicht. Auch besondere Disposition zu U. war nicht vorhanden. Kurz, das aetiologische Moment blieb unklar, wenn man nicht die Möglichkeit einer Autointoxication seitens des Organismus, wie man sie für das acute umschriebene Oedem angenommen hat, auch hier gelten lassen will. Vielleicht kann aber auch die erste Manifestation der Erkrankung, der excessive Niesreiz, einen Anhaltspunkt für die Aetiologie geben. Ähnlich wie beim Heufieber könnte es sich um die Wirkung eines toxischen Principis handeln, das mit der Athemluft auf die Respirationsschleimhaut gelangt.

(Deutsche med. Wochenschrift 1905 No. 36.)

— Einen merkwürdigen Fall von **U. catamenialis** beobachtete Respighi bei einer jetzt 50jährigen Frau, bei der stets zugleich mit der Menstrualblutung eine Temperatursteigerung und entweder vor oder gegen Ende der Menses U. auftrat. Letztere erschien nicht nur regelmässig mit jeder Menstrualperiode, sondern auch seit 4 Jahren während der Menopause.

(Clinica moderna 1905 No. 6. — Dermatolog. Centralbl. Nov. 1905.)

— Einen Fall von **U. auf Grund psychischer Störung** beobachtete Dr. J. Knöner (Gross-Seelowitz) bei einem sonst gesunden 13jährigen Mädchen. Dasselbe wurde von einem Insect in die Fingerbeere des rechten Mittelfingers gestochen. Es empfand sofort einen heftigen Schmerz und wurde von grosser Sorge erfüllt, da es gehört hatte, dass Insectenstiche öfters zu einer Blutvergiftung führen. Es entwickelte sich unmittelbar darauf eine U. zunächst im Gesicht, und das Mädchen eilte sofort zum Autor, der verstörten Gesichtsausdruck, Pulsbeschleunigung, und die U. constatirte, die unter seinen Augen sich rasch über Hals, Brust, Extremitäten ausbreitete, während die gestochene Hand ganz normal blieb und der Stich kaum mehr sichtbar war. Autor fasste die Affection als durch den Angstwahn hervorgerufene Angioneurose auf und suchte auf die Pat. psychisch einzuwirken. Durch diese Suggestionsbehandlung wurde erzielt, dass das Leiden schon nach einer Stunde völlig verschwunden war.

(Wiener med. Wochenschrift 1905 No. 45.)

## Vermischtes.

- Aus. einer Arbeit **Fortschritte in der Behandlung der Hautkrankheiten** von Privatdozent Dr. V. Klingmüller (Breslau, Dermatolog. Universitätsklinik) entnehmen wir Folgendes: Eine werthvolle Bereicherung stellt die Wiedereinführung des *Thiosinamins* dar. Es liegen jetzt eine Reihe so günstiger Erfahrungen darüber vor, dass an seiner Wirksamkeit nicht mehr zu zweifeln ist, mag es sich um narbige Veränderungen nach Verbrennungen, Lues, Lupus oder Keloiden u. s. w. handeln. Freilich wirkt es nicht in jedem Fall. Für die praktische Anwendung kommen 3 Methoden in Betracht, die subcutanen Einspritzungen, die Injectionen in oder in die Umgebung des zu beeinflussenden Herdes und die Applicationen als Pflaster. Gerade diese letztere Anwendungsform muss aufs wärmste empfohlen werden, da sie in manchen Fällen ausgezeichnete Resultate gibt. Nur ist zu berücksichtigen, dass auch das Pflaster manchmal Reizungen verursacht. Die *Arsenbehandlung* gewisser Dermatosen, wie Lichen ruber, Psoriasis, Mycosis fungoides, Sarcomatosis cutis, Dermatitis herpetiformis behauptet nach wie vor ihre prävalirende Stellung. Autor bevorzugt in jedem Falle, wo es sich irgendwie durchführen lässt, die subcutanen Injectionen von Arsensäure in einer 3%igen Carbolsäurelösung, weil sie gut wirken und meist gut vertragen werden. Der Einfluss des Arsens auf Lichen ruber ist ja zweifellos, aber Autor hat auch bei einigen Fällen von Psoriasis in Bezug auf das Wiederkehren von Recidiven günstige Erfahrungen gemacht. Auch auf die Mycosis fungoides ist Arsen von günstigem Einfluss, wenn man auch heutzutage diese Affection am besten mit Röntgenstrahlen behandelt. Ebenso verfügt Autor über eine Reihe günstiger Resultate bei Dermatitis herpetiformis. Der günstige Einfluss von Arsen auf Sarcome und Sarcomatosis ist zwar nur ein vorübergehender, trotzdem ist man berechtigt, mit diesem Mittel in jedem Falle einen Versuch zu machen. Die *Tumenolpräparate* haben sich immer mehr in der Behandlung entzündlicher Dermatosen, vor allem der ekzematösen Erkrankungen, eingebürgert. Sie sind für acute Ekzeme,

wenn deren anfängliche starke Entzündungserscheinungen zurückgegangen sind, fast unentbehrlich, verdienen aber noch häufigere Anwendung für die subacuten und chronischen Formen. Man verschreibt sie zunächst am besten in der Form einer Zinkpaste, 1—10—20%, und geht erst, wenn sie so vertragen werden, zu Tumenolsalben über. Für subacute und chronische Formen ist die Combination mit Ung. Vaseline. plumb. in derselben Concentration sehr zu empfehlen, weil die Bleisalbe eine entschieden erweichende Wirkung ausübt. Die Tumenolbehandlung beginnt man beim Ekzem erst dann, wenn Salbenbehandlung überhaupt vertragen wird und benutzt sie als Vorbehandlung für event. nachfolgende Anwendung von Theer. Bei vielen Formen ist Tumenol sogar im stande, den Theer zu ersetzen, sodass man ein Ekzem bis zu Ende mit Tumenol behandeln kann. Reizt Tumenol nicht, so sind auch eintrocknende Pinselungen mit Tumenolzusatz oder reines Tumenol zu empfehlen. Die Höchster Werke stellen jetzt ein verbessertes Präparat, das Tumenolammonium her, das sich als ausgezeichnet erwiesen hat. Tumenol hat eine ganz ausgesprochene entzündungswidrige, juckstillende und austrocknende Wirkung; es ist für Ekzem und alle juckenden Dermatosen fast unersetzlich. Als Theerersatz hat sich das reizlose, wenig riechende, farblose *Anthrasol* bewährt. In Form von Pasten, Salben und Pinselungen findet es Anwendung bei allen juckenden, pruriginösen Affectionen. Auch *Empyroform* und *Anthrarobin* sind gute Präparate. Ersteres beeinflusst manche juckenden Dermatosen, welche sich einer anderen Therapie gegenüber refractär verhalten, in ausgezeichneter Weise. Letzteres verdient bei oberflächlichen Furunkeln ausgedehnte Verwendung in Form der Arning'schen Pinselung:

Rp. Anthrarobin. 2,0  
 Tumenol. 8,0  
 Aether. sulf. 20,0  
 Tinct. benz. 30,0.

Bei Ekzem ist auch das fast geruchlose *Thigenol* sehr geeignet; desgleichen als Verbandsalbe für Excoriationen und oberflächliche Ulcerationen, z. B. bei Zoster, Lupus u. s. w. *Lenigallol* ist als Ersatz für Pyrogallol zu empfehlen, da es viel milder wirkt und ungiftig ist. Als  $\frac{1}{2}$ —5% ige Zinkpaste leistet es ausgezeichnete Dienste bei psoriasiformen und mycotischen Ekzemformen. Als Salbengrundlage ist *Dermasan* zu erwähnen; Autor fand, dass



Chrysarobin mit dieser Substanz meist eine energischere Wirkung ausübt, als mit anderen Constituentien. *Miltin* ist ausserordentlich milde und wird selbst von reizbarer Haut gut vertragen; auch hat es eine sehr angenehme weiche und geschmeidige Consistenz. Als Verbandsalbe verwendet Autor mit sehr gutem Erfolge *Protargolvaseline* (1—10%). Sie hat einen fast specifischen Einfluss auf Ulcerationen, welche mit *Pyocyaneus* verunreinigt sind, reinigt überhaupt inficirte Wunden ausgezeichnet. Einen ausgedehnten Gebrauch findet *Anaesthesin* bei allen schmerzhaften Affectionen, wo die Epidermis mehr oder weniger intakt ist, also das Mittel resorbirt werden kann. Für die Aetzverfahren bei der Lupusbehandlung ist es fast unentbehrlich, ebenso bei ulcerirten Hautcarcinomen und anderen schmerzhaften Geschwüren.

(Deutsche med. Wochenschrift 1905 No. 29.)

- Eine Tastvorrichtung an Beckenzirkeln\*) construirte Dr. L. Sarason (Berlin). Bei Gebrauch der bisher bekannten Tastzirkel, insbesondere bei Beckenmessern, macht sich, namentlich bei weniger Geübten, der Uebelstand geltend, dass die spitzenartig oder knopfförmig gestalteten Tastenden an die betreffenden Knochenvorsprünge, deren Entfernung voneinander gemessen werden soll, nicht sicher genug herangebracht und fixirt werden. Durch eine Vorrichtung suchte Autor dem Mangel abzuhefen. Die Tastenden sind gabelförmig gestaltet. Zwischen den Gabeln ist jederseits ein offener Ring zur Aufnahme bezw. zum Hindurchführen der Fingerkuppen eingelagert. Hierdurch werden die Tastenden sozusagen in Tastorgane umgewandelt und der Untersucher selbst gewinnt das Gefühl erhöhter Sicherheit. Beim Gebrauch des Tastzirkels werden die Branchen desselben mit beiden Händen des Untersuchers erfasst und die vorgestreckten Zeige- oder Mittelfinger durch die Ringe hindurchgeführt; nun kann mittelst der tastempfindlichen Fingerkuppen direct getastet werden. Bei vollständig geschlossenem Tastzirkel, d. h. wenn die Ringe aufeinander liegen, zeigt die Scala natürlich 0. Um genaue Messresultate zu bekommen, muss man zunächst die Branchen auseinanderführen, die Fingerkuppen in der erforderlichen Stellung in die Ringe fest einlegen und die Branchen nunmehr wieder bis zu erfolgter Berührung der Fingerkuppen zusammenführen.

\*) Aktiengesellschaft f. Feinmechanik in Tuttlingen.

Liest man jetzt an der Scala ab, so hat man erst die richtige Ausgangsstellung, welche natürlich individuell etwas verschieden ist, gewöhnlich aber nur 1 mm von der O-Stellung abweicht. Um die wahren Maasse zu bekommen, muss die vorher ermittelte individuelle Differenz von dem beim Gebrauche abgelesenen Maasse abgezogen werden.

(Berliner klin. Wochenschrift 1905 No. 36.)

#### **Ueber die Wirksamkeit der Mineralwassertabletten und der**

**Würfel für Bäder** (chem. Fabrik St. Margarethen, Schweiz) lässt sich Dr. R. Blum (Znaim) aus. Die Mineralwassertabletten vereinigen alle Salze, welche das native Mineralwasser enthält. Sie eignen sich sehr zu Hauscuren, sind bequem zum Transport (auf Reisen), für die Hausapotheke, sehr billig und liefern sofort ein einwandfreies, frisches Mineralwasser, was bei den käuflichen Wässern nicht immer der Fall ist. Ebenso vortheilhaft sind die Badewürfel, die jederzeit ein an Kohlensäure reiches Mineralbad liefern. Die Salze sind dieselben, wie in dem betreffenden Curort selbst, die Kohlensäure wird durch Acid. tartaric. und Natr. bicarbon. entwickelt, und zwar langsam, da sich die Würfel langsam im Bade auflösen.

(Die Therapie der Gegenwart, Oktober 1905.)

#### **Eine verbesserte Spuckflasche** hat Generalarzt a. D. Dr.

Herter (Potsdam) erdacht. Die gebräuchlichen Spuckflaschen entsprechen nicht den an sie zu stellenden Anforderungen, namentlich in Bezug auf die Leichtigkeit der Desinfection und die Sicherheit des Verschlusses. Autor hat nun einen anderen Verschluss construiert, der bequem, zuverlässig, dauerhaft und einer gründlichen Desinfection zugänglich ist. Er besteht aus einem in den Flaschenhals eingeschliffenen Glasstöpsel, der jedoch nicht nach Art eines gewöhnlichen Flaschenstöpsels in den Hals der Flasche hineingesteckt, sondern wie ein Klappdeckel gehandhabt wird. Dies ist dadurch ermöglicht, dass die geschliffene Fläche des Stöpsels dem Mantel eines breiten Kegels entspricht und genau auf die ebenso ausgeschliffene Innenfläche des Flaschenhalses passt. Der obere, übergreifende Theil des Stöpsels trägt an einander gegenüberliegenden Stellen seines Randes zwei Vorsprünge, die mit ihm aus einem Stück gegossen sind und die dann der scharnierartigen Verbindung mit der Flasche einerseits und dem Angreifen des Verschlusses andererseits dienen. Der Verschluss ist ganz nach Art des üblichen Selter-



wasserflaschenverschlusses construirt und ebenso wie die Scharniertheile aus starkem, vernickeltem Messingdraht hergestellt. Die geschliffenen Glasflächen halten nach dem Herunterklappen und Schliessen des Stöpsels ohne ein weiteres Dichtungsmittel bei sorgfältiger Arbeit (die Firma Bach & Riedel in Berlin hat derartige Flaschen geliefert) so dicht, dass auch bei kräftigem Schütteln nichts vom Inhalt hindurchdringt. Da als Material nur Glas und Metall verwendet ist und alle Theile zugänglich sind, so macht die Desinfection durch Auskochen keine Schwierigkeiten.

(Deutsche med. Wochenschrift 1905 No. 28.)

- **Glidin**, Dr. Klopfer's Weizen-Lecithin-Eiweiss, das ca. 96% Eiweiss und 1% Lecithin enthält, soll sich als Kräftigungsmittel, wie mehrfache Angaben in der Literatur es bezeugen, gut bewährt haben. Bei Anaemie, Chlorose, Körperschwäche u. dergl. dient es zur Verbesserung der Blutverhältnisse, regt den Appetit an und kräftigt den gesammten Organismus. Besonders schätzenswerthe Dienste soll das Präparat da leisten, wo es sich um Pat. handelt, die durch geistige und körperliche Ueberanstrengung heruntergekommen sind.

- **Ein neues Taschenbesteck** empfiehlt Dr. M. Neumann (Berlin), und schreibt darüber:

„Unter dem Namen „Aerztliches Injectionsetui“ — die Injection war bei seiner Construction die erste und leitende Idee — habe ich ein Taschenbesteck zusammengestellt, welches das Material für subcutane Injectionen, für die Harnuntersuchung und die gebräuchlichsten chirurgischen Instrumente für die Praxis enthält. Es hat die gewöhnliche Grösse eines kleinen Etuis, ist 160 mm hoch, 70 mm breit und 25 mm dick und vereinigt auf diesem kleinen Raum von nur 280 ccm. alles, was man sich nur wünschen kann. Es enthält:

- a) Zur Injection: 1. Eine lange, verschliessbare Röhre zur Aufnahme der gefüllten Pravazspritze. Durch deren Aufbewahrung in gefülltem Zustande bleibt der Lederkolben stets feucht, trocknet nie aus, und die Spritze ist in jedem Moment gebrauchsfertig. 2. Eine vollständige Apotheke zur Injection: je ein Flacon mit Morphinum, Campher und Secale cornutum. 3. Ein Flacon mit Brennspritus. 4. Eine Spirituslampe zum Kochen der Injectionsflüssigkeit oder zur Auflösung von Tabletten. 5. Eine aseptische, verschliessbare Röhre zur Aufnahme

der Canülen. 6. Ein kleines Reagensglas. 7. Einen Gummiballon zur Reinigung der Canülen: diese werden auf den Gummiballon aufgesteckt und mit diesem mehrmals durchgeblasen. 8. Eine handtellergrosse Lage Watte zum Abspülen der Canülen und zum Desinficiren der Injectionsstelle.

b) Zur Harnuntersuchung: 9. Je ein Flacon mit Essigsäure, Kupfersulfat und Natronlauge; 10. eine Pipette zur Entnahme dieser Flüssigkeiten und des Harns; 10a. Reagensglas und Spirituslampe sind schon unter a) erwähnt.

c) Platz für folgendes Instrumentarium: 11. einen männlichen und weiblichen Katheter zum Einschrauben; 12. ein Fremdkörperinstrument (für Augen); 13. einen Schieber; 14. eine Hohlsonde mit Unterbindungsnadel; 15. eine Pincette; 16. einen Impfspatel mit Impfröhrchen; 17. eine Scheere; 18. ein Bistouri oder Skalpell; 19. verschiedene Nadeln; 20. ein Flacon mit Seide oder Catgut; 21. ein Flacon mit Schleich-Tabletten o. ä. (alles in der üblichen Form und Grösse); 22. einen Lapisstift etc.

Daneben ist noch Raum für verschiedene Kleinigkeiten, Reagenspapiere, Heftpflaster etc.

Das Etui ist in Leder ausgeführt. Eine Gebrauchsanweisung mit Abbildung, wie die Instrumente liegen müssen, ist jedem Exemplar beigegeben. Der Preis beträgt 12,50 M. ohne die Instrumente, mit gefüllter Injections- und Hausapotheke. Doch wird das Etui auch mit komplettem Instrumentarium geliefert. Seinen Vertrieb haben das Medicinische Waarenhaus und Herr Apotheker Gustav Cohn, Berlin, Wörther Str. 19, übernommen.“

(Deutsche med. Wochenschrift 1905 No. 35.)

— **Ueber Schädigungen des Auges nach Paraffin-Injectionen bei Sattelnase** berichtet Prof. W. Uhthoff (Breslau) und führt 2 Beobachtungen dieser Art vor. Bei dem einen Falle trat unmittelbar nach einer Injection von Paraffin das typische Bild der Embolie der Arter. central. retinae ein, und es war zweifellos, dass ein Paraffin-Partikelchen die verstopfende Materie bildete. Höchstwahrscheinlich gelangte bei der Injection Paraffin in die venösen Bahnen und trat nach Passiren des Lungenkreislaufs in den arteriellen und somit auch in die Arter. central. retinae. In dem 2. Falle bekam ein Pat. gegen Ende 1904 drei Paraffin-Injectionen in den eingefallenen Nasenrücken.

Bis Ende 1905 war das Resultat befriedigend. Um diese Zeit, an einem warmen Tage nach angestrenzter Gartenarbeit, wobei er in starken Schweiß gerieth, bemerkte Pat. plötzlich ein „Krimmern und Drücken“ in beiden Augen, die dann im Verlaufe von wenigen Stunden sammt den umgebenden Gesichtsparthieen stark anschwellen, sodass er bald die Augen nicht mehr öffnen konnte. Durch Excision eines kleinen Stückes aus den stark verdickten Lidern wurde mikroskopisch der Nachweis geliefert, dass es sich um eine stark entzündliche Wucherung in Folge von Eindringen des Paraffins in die Augenlider handelte. Seit Monaten bestand dann für den Pat. die absolute Unmöglichkeit, die Augen zu öffnen. Obere und untere Lider beiderseits mächtig paukenartig aufgetrieben, die Lidränder fest aufeinander gepresst. Beim Einsetzen zweier Lidhaken und starkem Anziehen derselben konnte man sich überzeugen, dass die Augäpfel intact hinter den wallartig vorgetriebenen Augenlidern lagen; Orbitaleingang beiderseits erheblich concentrisch verengt, indem die derbe Wucherung sich auch in den Anfangtheil der Orbitae hinein erstreckte. Consistenz der tumorartigen Lidvortreibungen sehr derb, Haut nur theilweise darüber verschieblich, vielfach fest mit der Anschwellung verwachsen; Haut der Lider und ihrer Umgebung tief bläulichroth verfärbt. Entfernung der Wucherungen in mehreren Sitzungen, wodurch die Augenspalten wenigstens etwas eröffnet wurden, allerdings noch eine bedeutende Entstellung verblieb. Es hatte eine diffuse Infiltration des Gewebes mit Paraffinpartikeln und dazwischenliegender starker entzündlicher Wucherung vorgelegen. Die Paraffinprothesen bedeuten eine segensreiche Errungenschaft auf therapeutischem Gebiete; aber obige Fälle mahnen doch den Operateur zu grosser Vorsicht und zeigen, dass auch der prakt. Arzt Interesse daran hat, event. Folgeerscheinungen zu kennen. Hatte doch der erst hinzugezogene Arzt beim 2. Falle eine „Gesichtsrose“ constatirt!

(77. Naturforscherversammlung in Meran. —  
Berliner klin. Wochenschrift 1905 No. 47.)

- **Alkohol und Silber in der modernen Therapie**, unter diesem Titel schildern Regimentsarzt Dr. Fr. Hotys und Dr. J. Winterberg (Wien) die Erfolge, welche sie mit der *Alkoholsilbersalbe* (Chem. Fabrik Helfenberg) erzielt haben. Dieselbe wirkte schmerzstillend und resorptiv bei Lymphadenitis, Appendicitis, Parametritis, Pleuritis, Polyarthrits rheumatica resp. gonorrhoeica, Epididymitis, Periostitis.



Mastitis und anderen Entzündungen infectiöser und nicht infectiöser Natur. Man streiche die Salbe messerrückendick auf die erkrankte Hautgegend, lege dann doppelt oder mehrfach reine Leinwand oder Verbandmull darüber, bedecke diese, überragend, mit wasserdichtem Stoff und befestige das Ganze nicht zu fest mit einer Binde. Einfacher ist es noch, wenn man die Salbe messerrückendick auf mehrfache Leinwand oder Mull aufstreicht und diesen Salbenfleck in der angegebenen Weise befestigt. Verbandwechsel 1—3 mal täglich, wobei die Salbe sich mit warmem Wasser leicht entfernen lässt, da sie viel Seife enthält.

(Allgem. med. Central-Ztg. 1905 No. 46.)

## Bücherschau.

— In seinem **Compendium der physikalischen Therapie**, das kürzlich erschienen ist (Leipzig, G. Thieme; Preis: Mk. 8), hat B. Buxbaum, der langjährige Assistent von Winternitz, Aerzten und Studierenden ein Buch übergeben, welches ihnen vortreffliche Dienste leisten wird. Die physikalische Therapie ist die Therapie der Gegenwart, und der Praktiker muss unbedingt darin durchaus Bescheid wissen, will er nicht in den Hintergrund geschoben, von Curpfuschern verdrängt werden. Das Studium des Buxbaum'schen Buches ist darum aufs Dringendste allen Praktikern ans Herz zu legen. Der Autor schildert ungemein klar und anschaulich Technik, Methodik und Indicationen der physikalischen Methoden und legt dabei auf möglichst einfache Technik Werth, um gerade den Bedürfnissen des prakt. Arztes zu entsprechen. In einem „Allgemeinen Theile“ werden zunächst Hydrotherapie, Thermotherapie, Elektrotherapie, Massage und Gymnastik, Balneotherapie, Thalassotherapie, Klimatotherapie, Röntgentherapie und Phototherapie eingehend besprochen, in einem „Speciellen Theile“ darauf die Anwendung dieser Methoden bei den einzelnen Erkrankungen klargelegt. Es ist dem Verfasser gelungen, auf etwa 450 Seiten dies ausgedehnte Gebiet so zu bearbeiten, dass nichts Wesentliches von dem, was der Arzt wissen muss, fehlt; das war nur einem Autor möglich, der dieses Gebiet so ausgezeichnet beherrscht, so reiche Erfahrungen darin hat, wie Buxbaum, und der ausserdem eine so gewandte Feder führt, wie dieser. 73 Abbildungen tragen zum *Verständniss des Textes* bei und ergänzen diesen aufs beste.

- Ueber **Lehmann's Medicinische Handatlanten** haben von uns schon überaus häufig in diesen Blättern eingehende Berichte gestanden, die sämmtlich darauf hinausliefen, dass diese Atlanten durchweg das Beste bringen, was auf diesem Gebiete überhaupt geboten werden kann, und dass auch die jeden Band begleitenden „Grundrisse“ sich durch Klarheit, Präcision und Kürze derart auszeichneten, dass sie dem Praktiker auf das Wärmste empfohlen werden müssen. Das Gleiche lässt sich auch von dem neuesten dieser bei J. F. Lehmann (München) erscheinenden Handatlanten sagen, dem Band 31 dieser Werke: **Grundriss und Atlas der allgemeinen Chirurgie**, von Prof. Dr. Marwedel. In 28 farbigen Tafeln und 171 schwarzen Abbildungen wird uns da wieder das weite Gebiet der allgemeinen Chirurgie vorzüglich anschaulich vor Augen geführt; das Material entstammt zum grossen Theil der Czerny'schen Klinik in Heidelberg und ist ausserordentlich instructiv. Auch der Text ist allen Lobes werth und steht dem illustrativen Theil des Buches, welches sich noch durch Billigkeit auszeichnet (Mk. 12), ebenbürtig zur Seite. Gleichzeitig erschien in zweiter umgearbeiteter und erweiterter Auflage der 24. Band der Sammlung: **Grundriss und Atlas der Ohrenheilkunde**, unter Mitwirkung von Prof. Politzer, herausgegeben von Privatdoc. Dr. Brühl. Hat schon die 1. Auflage allgemeinen Beifall gefunden, so wird derselbe der zweiten noch sicherer sein, die alle Fortschritte der Neuzeit berücksichtigt, viele Verbesserungen aufweist und auch wesentlich vermehrt ist. Auch dieser Band (Preis: Mk. 12) wird dem Praktiker schätzenswerthe Dienste leisten. — In 7. Auflage erschien im gleichen Verlage: E. Rotter: **Typische Operationen**, (Preis: Mk. 8). Das Buch ist zu bekannt und geschätzt, als dass es noch besonderer Empfehlung bedürfte. Erwähnt sei nur, dass der Autor wiederum bestrebt gewesen ist, den Inhalt zu erweitern (Appendicitis-Operationen u. a.) und unter Berücksichtigung der neuesten Litteratur zu ergänzen.

# Excerpta medica.

Kurze monatliche Journalauszüge

aus der gesamten Fachliteratur

zum Gebrauch für den praktischen Arzt.

Herausgegeben von *Dr. med. Eugen Graetzer in Sprottau.*

Verlag von Carl Sallmann, Leipzig.

Februar

XV. Jahrgang

1906

**Anaemie, Chlorose.** Über **Ovoferrin** macht M. Schrom (Berlin) eine Mittheilung. Ovoferrin ist eine von Dr. A. C. Barnes in Philadelphia hergestellte Vitellin-Eisenverbindung, die als klare, röthliche, nahezu geschmack- und geruchlose Lösung von einem Gehalt von 0,06 g Fe im Esslöffel in den Handel kommt. Schrom wandte sie in der Poliklinik der Herren Prof. Dr. Litten und Privatdoc. Dr. F. Klemperer seit  $\frac{3}{4}$  Jahren bei 100 Fällen von Anaemie und Chlorose an (3 mal täglich 1—2 Esslöffel) und war mit den Erfolgen sehr zufrieden. Er bezeichnet das Ovoferrin als sehr bekömmliches, die Magen- und Darmthätigkeit eher anregendes als schädigendes Eisenpräparat, das bei Fällen von Chlorose und einfacher Anaemie den Haemoglobingehalt und die Erythrocytenzahl des Blutes aufs Günstigste beeinflusst.

(Die Therapie der Gegenwart, December 1905.)

— Ueber eine neue Form der Eisenverordnung referirt Dr. Ehrmann (Berlin). Es handelt sich um die von Meissner modificirten Blandschen Pillen. Dieselben wurden bisher unzuweckmässig hergestellt, wodurch die Wirkung stark beeinträchtigt wurde. Die nach Meissner hergestellten „*Plenulae Blandii*“ enthalten statt des Wassers Leberthran und statt des Kal. carbonic. Natrium carbonicum; das Wesentlichste ist, dass weder bei der Herstellung Wasser benutzt wird, noch später solches hinzutreten kann (Gelatinekapsel). In den Gelatine kapseln ist Ferr. sulfuric., Natr. bicarb. und Ol. jecor. aselli im Verhältniss von 9 : 7,5 : 12 gemischt. Im Magen platzt die Gelatine kapsel

und bei der chemischen Umsetzung des Fe in Eisenoxyd carbonat wird der schnelleren Oxydation und Anätzen der Magenschleimhaut durch den Leberthran vorgebeugt und das gleichzeitig entstehende Glaubersalz bildet ein bedeutendes Anregungsmittel zur Absonderung des Magensaftes und bringt auch den Darm zu ergiebigerer Secretion. In der That war der Erfolg mit den Plenulae oft erstaunlicher.

(Therap. Monatshefte, December 1905.)

### **Antisepsis, Asepsis, Desinfection. Die Reinigung**

**und Desinfection von Bürsten** erfolgt nach Untersuchungen, die Dr. Hilgermann im Berliner Hygien. Institut angestellt hat, am sichersten durch 10% iges Wasserstoffsuperoxyd, das zur Hälfte mit Wasser verdünnt ist. Wie der Autor mittheilt (Archiv f. Hygiene), bleiben die Bürsten in dieser Lösung 30 Minuten und werden dann mit einer Kamme ausgebürstet. Es konnte festgestellt werden, dass auf diese Weise nicht nur alle Keime abgetödtet wurden sondern gleichzeitig auch eine gründliche Reinigung selbst der verschmutztesten Bürsten sich erzielen liess. Besonders für Friseurstuben dürften diese Untersuchungen praktisch Werth haben, zumal diese erprobte Methode den Vorzügen der Billigkeit hat.

(„Sprechsaal“ der Medicin. Klinik 1905 No. 54.)

- Der Percy-Simundt'sche **Telephon-Desinfector** wurde von Oberarzt Dr. Müller an dem Hygien. Institut zu München geprüft. Er besteht aus einer Metallkapsel, die auf den Sprechtrichter des Telephons aufgesetzt wird; die Kapsel enthält als Desinficiens eine aus Kieselgur, mit Formaldehyd getränkte Pastille. Ist nun überhaupt ein derartiger Desinfector nöthig? Die Infectionsgefahr ist doch eine recht geringe, wenn man bedenkt, dass man aus mehreren Centimetern Entfernung ins Telephon sprechen kann, und dass auch mit der Möglichkeit sehr wenig zu rechnen ist, dass etwa Keime, die bei vorhergegangener Benützung auf den Sprechtrichter gelangt sind, durch die Erschütterung des Telephons beim Hineinsprechen oder durch die Luftströme losgelöst werden und in die Athmungsluft des Sprechenden und mit ihr in seinen Mund, seine Nase, seine tieferen Luftwege eindringen könnten. Immerhin wurde der Apparat geprüft, wobei sich herausstellte, dass der Desinfector in der That eine sehr merkliche Verminderung der Zahl der pathogenen Keime auf dem Sprechtrichter herbeizuführen

vermag. Aber es dauert diese Desinfection doch immerhin 1—1½—2 Stunden, von einer momentanen Wirkung ist keine Rede. Eine solche wäre doch aber bei einem vielbenutzten Telephon nöthig, wenn man überhaupt eine Desinfection nach jeder Benutzung für erforderlich hält. Dazu kommt der unangenehme Geruch des Formaldehydes und dessen reizende Wirkung auf die Schleimhäute, die vielleicht bei Leuten, die viel telephoniren müssen, gesundheitsschädlich wirken könnte. Dies wird doch durch den Nutzen des Desinfectors keineswegs aufgewogen.

(Münchener med. Wochenschrift 1905 No. 51.)

• **Trocknes Jod-Catgut** empfiehlt Oberstabsarzt Herhold (Altona).

Claudius veröffentlichte 1902 sein Verfahren, welches darin bestand, Catgut in rohem Zustande in eine Lösung von Jod 1, Kal.-jod. 1 und Aq. dest. 100 zu legen und so 8 Tage aufzubewahren. Nach dieser Zeit war das Catgut gebrauchsfähig und activ antiseptisch. Seit 1903 hat Herhold solches Catgut verwandt und war damit sehr zufrieden, bis sich allmählich herausstellte, dass Catgut, welches etwas länger in der Flüssigkeit gelegen hatte, an Zugfestigkeit abnahm und leicht riss. Er kam auf den Gedanken, Jod-Catgut trocken zu verwenden und wickelte es, nachdem es 2 Wochen in der Lösung gelegen hatte, in steriles Pergamentpapier, wo es 4 Monate liegen blieb. Es wurde festgestellt, dass dies Catgut vollständig steril geblieben war; es war hervorragend zugfest und brachte nie einen Misserfolg bei der Wundheilung. Nun hiess es, ein geeignetes Gefäss zur Aufbewahrung solches Catguts zu construiren. Ein derartiges Gefäss musste 1. sterilisierbar sein, 2. so luftdicht schliessen, dass Jod nicht sehr verdunsten konnte, 3. das Catgut vor Licht schützen, 4. ein leichtes Abrollen des Fadens ermöglichen. Es wurde gefunden und besteht zunächst aus einer Röhre aus braunem Glase, das leicht keimfrei gemacht werden kann. In ihr liegt eine hohle Glasrolle, welche seitliche Oeffnungen, ähnlich wie ein Gummidrain besitzt, um das Austrocknen des aufgewickelten Catguts zu erleichtern, und welche hinten einen soliden Zapfen, vorn eine runde Oeffnung trägt. Die Röhre ist an beiden Enden durch auskochbare Gummipfropfen verschliessbar. Man wickelt nun auf die Rolle 3—4 m Catgut in einfacher Lage so, dass am vorderen runden Endstück eine einfache lockere Schleife zum Festhalten des vorderen Catgutendes gebildet wird. Dann legt man sie 8 Tage in die Claudius'sche Lösung.



nimmt sie dann mit steriler Pincette heraus, rollt sie einen Augenblick in eine sterile Compressse zum Trocknen und führt sie durch die weitere hintere Oeffnung in die Glasröhre mit dem freien Fadenende vorn ein, worauf der hintere ausgekochte Gummipfropfen, welcher eine Oeffnung zur Aufnahme des Zapfens der Rolle besitzt, an die letztere fest angeschraubt wird. Das vordere Catgutende lässt sich mittels Pincette leicht aus der vorderen Oeffnung herausnehmen, sodass der Faden den Rand 2—3 cm überragt. Die vordere Oeffnung wird jetzt ebenfalls durch den anderen ausgekochten Gummipfropfen verschlossen, und zwar derartig, dass das herausragende Catgutende durch ihn festgekllemmt wird. Das Ganze wird in ein kleines Futteral gelegt und kann bequem transportirt werden, eignet sich also sehr gut auch für den Landarzt. Für Kliniken sind andere, grössere Aufbewahrungsbehälter bestimmt, welche ebenfalls recht zweckmässige Einrichtung haben. Glasbläsereibesitzer Barthels in Hamburg fertigt beide an, den kleineren für Mk. 2,50, den grossen für Mk. 7,50.

(Deutsche med. Wochenschrift 1905 No. 51.)

### **Augenentzündungen. Experimentelle und klinische**

**Erfahrungen über Dionin als locales Resorbens und Analgeticum in der Augenheilkunde** publicirt Prof. Th. Axenfeld (Augenlinik in Freiburg i. B.). Wolffberg hat bekanntlich festgestellt, dass Dionin unter ziemlich heftigem, aber bald vorübergehendem Brennen eine intensive Hyperaemie und ödematöse Schwellung der Bindehaut und Lider hervorruft. Der Grad und die Dauer dieser Durchtränkung ist abhängig von der Concentration des Mittels, ausserdem aber auch persönlich verschieden. Es giebt gelegentlich Augen, die in dieser Weise fast gar nicht reagiren. Das Oedem, die „Lymphüberschwemmung“, fasste Wolffberg als Verbesserung der Gewebeernährung, als resorptionsbefördernd auf. Axenfeld wollte nun dieser Frage näher treten und erforschen, ob wirklich Dionin, am Auge applicirt, eine resorptionsfördernde Wirkung ausübt. Experimente an Hunden und Katzen zeigten, dass in der That dem local angewandten Dionin eine *erhebliche resorptionsfördernde Wirkung innewohnt* für pathologische Beimischungen des Kammerwassers. Dass das auch für die Hornhaut, für die Iris nicht ohne Bedeutung sein kann, liegt auf der Hand. Klinische Beobachtungen lehrten dann, dass auch beim Menschen jene Wirkung durchaus

besteht. Es ist oft ganz auffallend, wie schnell bei *Iritis chronica*, besonders der sogen. Iritis (Iridocyclitis) serosa unter Dionin die Praecipitate von der Hinterfläche der Cornea verschwinden. Die Aufsaugung von Blut in der Vorderkammer wird beschleunigt. Auch die Anwendung von Dionin zur Beschleunigung von Hornhautaufhellung erscheint zweckmässig; nur wird man hier wie bei iritischen Processen zu erwägen haben, ob die entzündliche Reizung sich bei Anwendung dieses Reizmittels nicht steigert. Autor hat bisher das Dionin mehr im Stadium des Abklingens der Entzündung angewandt. Auch eine Unterstützung mancher medicamentöser Wirkungen, des Eserins bei Glaukom, des Atropins bei Iritis, erscheint nicht unmöglich. Höhere als 10%ige Lösung hat Autor nicht benutzt. Diese zeigte stets auch eine *analgesirende Wirkung*. Allerdings wird die Sensibilität der Hornhaut nicht verändert, sodass also Dionin bei Fremdkörperentfernung, bei Operationen nicht wirksam ist; die Schmerzstillung ist auf eine tiefere Beeinflussung der Nerven zurückzuführen, sie ist meist tiefer als bei Cocain und kann selbst bei Glaukom und schwerer Iridocyclitis acuta bisweilen stundenlang anhalten. Diese Wirkung ist vielfach sehr willkommen, besonders da, wo eine Schmerzstillung durch Cocain direct schädlich wirkt, d. h. bei Veränderungen der Hornhautoberfläche, bei denen Schwierigkeiten für die Regeneration des Epithels bestehen. Also bei Abschürfungen (Erosionen) durch stumpfe oder halbstumpfe Gegenstände (Baumäste, Palmenblätter, Fingernägel etc.), an welche Laesionen sich Fädenbildung und nicht selten, nach anfänglicher Heilung, von Zeit zu Zeit sehr schmerzhaft Anfälle von Epithelabstossung anschliessen (Keratalgia traumatica). Dann beim Herpes corneae febrilis, der nicht selten bei fieberhaften Katarrhen der Luftwege, Influenza, Genickstarre etc. auftritt, und der sich darauf oft entwickelnden Keratitis dendritica. Da ist Dionin, das im Gegensatz zum Cocain das Epithel nicht schädigt, sehr am Platze, und mit 10% iger Lösung resp. 2—5% iger Salbe kann man recht befriedigende Erfolge erzielen.

(Deutsche med. Wochenschrift 1905 No. 47.)

- Mit **Protargol** in der Augenpraxis hat Dr. M. Steinkühler (Zittau) manchmal ungünstige Erfahrungen gemacht, indem die Lösungen sehr brannten und das Auge stark reizten. Das war aber nur der Fall, wenn die Lösungen in der Apotheke angefertigt wurden, bereitete sie Autor selbst,

so wurden sie reactionslos vertragen. Der Grund liegt darin, dass Protargollösungen stets *frisch* und stets mit *kalttem* Wasser angefertigt werden müssen. Häufig lässt sich der Apotheker durch die Ungeduld der Pat. verleiten, warmes Wasser zur Lösung zu benutzen, oder er hält sich concentrirte „Stammlösung“ fertig, aus denen er die Verdünnungen bereitet. Protargollösung zersetzt sich aber rasch, um so rascher, je concentrirter sie ist, und daher ist eine solche „Stammlösung“ recht oft verdorben. *Eine gute Protargollösung reizt und ätzt nicht.* Der Arzt sollte daher auf dem Recept stets vermerken: „recenter et frigide parand.“

(Wochenschrift für Therapie u. Hygiene des Auges, 2. Novemb. 1905.)

**Blutungen.** Ueber die blutstillende Wirkung des „Paranephryn Merck“, beobachtet in einem Falle von Haemophilie, berichtet Dr. O. Gondesen (Schwarzenbeck i. L.). Es handelt sich um ein 12jähriges haemophiles Mädchen, das nach einer Zahnextraction eine lebensbedrohende Blutung aus der Alveole bekam. Diese stand erst auf Compression mit in die Paranephrynlösung getauchten Wattenstückchen, und als die B. noch zweimal wiederkamen, that diese Behandlung wieder ihre Schuldigkeit und wirkte hier direct lebensrettend.

(Wiener klinisch-therap. Wochenschrift 1905 No. 48.)

— Ueber einen Fall von vicariirender Menstruation unter dem Bilde des Morbus maculosus Werlhofii mit tödlichem Ausgange berichtet Dr. M. Schechner. (Znaim). Eine 53 jährige Frau, die bis dahin regelmässig menstruirt hatte, hat seit 6 Jahren die Menses nicht mehr. Dafür stellten sich regelmässig alle Monate, dann alle 3, auch mal 4—6 Monate, aber an einem bestimmten Tage immer, am ganzen Körper Hauthaemorrhagien bis zu Thalergrösse, sowie heftige B. aus der Nase ein, welche durch Tamponade, Adrenalin, Gelatine bekämpft werden mussten. Nach einigen Tagen verschwanden diese Erscheinungen aber immer wieder, und die Frau war wieder ganz munter. Pat. liess sich im Laufe der Jahre von Prof. Schauta, sowie von Prof. Chiari untersuchen, aber weder an den Genitalien, noch in der Nase wurde etwas Pathologisches entdeckt. Bei der letzten Attaque stellten sich Symptome schwerer Anaemie ein, gegen welche die Therapie machtlos war; es trat Exitus ein. Autor kann das Krankheits-

bild nur als vicariirende Menstruation auffassen. Dafür sprach die Periodicität der Anfälle, das Fehlen jeder anderen Ursache der haemorrhagischen Diathese und jedes Localbefundes, jeder erblichen Belastung, jeder Affection am Zahnfleisch, an den Muskeln, Knochen und Gelenken, ferner das vollkommene Wohlbefinden zwischen den Attacken und manches andere. Haemophilie, Scorbut etc. konnten da ausgeschlossen werden. Die im Clinacterium vielleicht entstandenen trophischen Veränderungen der Gefässwände riefen offenbar mit der Zeit eine solche Labilität der letzteren hervor, dass die Behebung der Anaemie nach dem letzten Anfall nicht mehr gelang.

(Wiener klin.-therap. Wochenschrift 1905 No. 50.)

**Ueber ein ungewöhnliches Symptom bei tödlich verlaufender**

**acuter Haemorrhagie des Pancreas** berichtet Dr. Tomaschny (Provinzialirrenanstalt zu Treptow a. Rega). Bei einer seniler Demenz wegen in der Anstalt befindlichen Frau kam es plötzlich zu schweren allgemeinen Krampfanfällen, an die sich andere bedrohliche Erscheinungen anschlossen, welche nach wenigen Tagen ad exitum führten. Im Gehirn und anderen Organen wurden bei der Section keine auffallenden Veränderungen entdeckt; nur im Pancreas und dessen Umgebung funden sich eine grosse Anzahl frischer herdweiser B., sodass man nunmehr das eigenartige Krankheitsbild, das in vivo nicht erkannt worden war, auf eine acute Pancreashaemorrhagie zurückführen konnte. Als charakteristische Zeichen dieser Erkrankung werden gewöhnlich angegeben: plötzlich einsetzender Verfall mit tiefer Benommenheit, zeitweiliges Erbrechen, Druckempfindlichkeit und Aufgetriebensein des Leibes; auch sollen vorzugsweise fettleibige Patienten von dieser Affection befallen werden. Alles dies traf hier ein, als etwas Neues aber machten sich *schwere Krampfanfälle* geltend, welche bisher noch nie als Begleiterscheinungen jenes Leidens beschrieben worden sind. Autor glaubt aber, dass es sich hier nicht um eine zufällige Begleiterscheinung, sondern um einen wesentlichen Theil des Krankheitsbildes gehandelt hat. Denn erstens wurde die Erkrankung durch einen Krampfanfall eingeleitet, und dann hatte sich weder intra vitam noch auch durch die Section eine der gewöhnlichen Ursachen für Krampfanfälle feststellen lassen. Es wäre möglich, dass von den zahlreichen B., die sich in der Umgebung des Pancreas fanden, einzelne im Augenblick ihres Entstehens direct den Plexus solaris reizten, und

dass von hier aus reflectorisch die Krämpfe ausgelöst wurden; oder man müsste annehmen, dass vielleicht eine durch die Erkrankung des Pancreas bedingte Stoffwechselstörung mit Bildung toxischer Substanzen die Krämpfe erzeugte.

(Münchener med. Wochenschrift 1905 No. 50.)

### **Ekzem. Ueber das Tumenolammonium und seine Ver-**

**wendung in der Dermatotherapie** macht Dr. V. Klingmüller (Dermatolog. Klinik Breslau) Mittheilung. Die Höchster Farbwerke stellen jetzt ein verbessertes Tumenol, eben das Tumenolammonium her, das sich als sehr brauchbar erwiesen hat. Es hinterlässt keine dauernde Verfärbung der Wäsche, sein Geruch ist nicht unangenehm, und es hat den grossen Vorzug, dass es sich sehr leicht mit Fetten und Oelen verarbeiten lässt. Man muss etwa die doppelte Concentration nehmen, als beim alten Tumenol, weil es mehr Wasser enthält. Nie bewirkte es eine schädliche Nebenerscheinung, auch nicht bei universeller Anwendung am ganzen Körper. *Tumenoltincturen* lassen sich mit ihm gut herstellen. Bei acuteren Formen des E. machen sie öfters Reizerscheinungen; sind aber die entzündlichen Erscheinungen im Rückgange, so thun sie ausgezeichnete Dienste, indem sie stark austrocknend und jucklindernd wirken. Sie eignen sich also für trockene Ekzemformen, beseitigen in manchen Fällen gut das Jucken bei den pruriginösen Dermatosen. Es bleibt der Erfahrung am einzelnen Falle vorbehalten, ob man die Zusammensetzung mit Wasser, welche leichter und schneller eintrocknet (Rec. Nr. 1) oder mit Glycerin (Rec. Nr. 2), welche beim Eintrocknen eine mehr fette schmierige Decke hinterlässt, anwendet. Ueber diese Tincturen kann man sehr zweckmässig einen Zinkleimverband anlegen, wenn es sich um grössere juckende Flächen, z. B. an den Extremitäten handelt. Weniger intensiv wirkend und deshalb auch für acutere Formen branchbar sind die *Schüttelmixturen mit Tumenolzusatz* (Rec. 3 und 4); die Combination mit Spiritus (4) trocknet leichter ein, macht aber die Haut dafür etwas spröder. Diese Pinselungen sind ausserordentlich für die ambulante Behandlung zu empfehlen, zumal sie recht billig sind. Am häufigsten wendet Autor aber die Form der *Zinkpaste* an (Rec. Nr. 5), die jetzt viel geschmeidiger wird, als mit dem alten Tumenol. Sie lässt sich mit Benzin sehr leicht wieder entfernen. Diese Reinigung des Ekzemherdes sollte man alltäglich vornehmen, damit

es unter der Salbendecke nicht zu einer Stagnation des Secretes und dadurch zur Maceration komme. Eine noch geschmeidigere Salbe, welche auch dann noch angewandt werden kann, wenn die Zinkpaste reizt, ist die Zink-Wismuthsalbe (Rec. Nr. 6), die sehr milde wirkt und daher dann anzuwenden ist, wenn andere Mittel reizen oder die Entzündungserscheinungen noch so acut sind, dass man Sorge trägt, differente Medicamente zu appliciren. Autor beginnt daher zuerst mit dieser Grundlage und geht erst, wenn sie vertragen wird, zur Zinkpaste und später zur Salbe über. Diese Vorsicht ist natürlich nur notwendig bei nässendem oder stärker gereiztem E. *Vaselinsalbe* (Rec. Nr. 7) wirkt etwas energisch und ist daher erst anzuwenden, wenn Tumenol überhaupt vertragen wird oder das E. weniger acut ist. Da sie dünn ist und leicht abgewischt wird, kommt sie selten zur Anwendung. Nimmt man *Ung. Vaseline plumbic.* (Rec. Nr. 8), so bekommt man eine sehr weiche, geschmeidige Salbe, die sich freilich wenig für acutes E. eignet, dagegen sehr gut für stärker infiltrirtes oder chronisches. Denn durch ihre erweichende, event. reizende Eigenschaft bewirkt sie eine leichtere Resorption von Infiltraten. Die grosse Wasserlöslichkeit des Tumenolammonium macht es sehr geeignet als *Tumenolbad* (Rec. Nr. 9). Man ersetzt dadurch die feuchten Umschläge und wende Theil- oder Vollbäder dann an, wenn Theer von der Haut noch nicht vertragen wird; es riecht noch nicht so, wie dieser und ist ganz ungiftig. In Form der Arning'schen Pinselung (Rec. Nr. 10) kommt Tumenolammonium endlich noch zur Anwendung bei *Furunkeln*, welche starken Entzündungshof haben und noch nicht zu einer energischen Behandlung reif sind (daneben natürlich eventl. chirurgisches Eingreifen!). Besonders zu empfehlen ist diese Pinselung bei allgemeiner Furunculose, wo oft zahlreiche kleinere pustulirende Efflorescenzen mit stärkerem Entzündungshof vorhanden sind. Zusammenfassend wäre also folgendes zu sagen:

*Acute, stärker nässende und stark entzündete Ekzeme* können unter den geschilderten Cautelen mit Tumenolammonium behandelt werden, d. h. man wird also als Grundlage die Zinkwismuthsalbe, Zinkpaste oder eine Schüttelmixtur verwenden. Zweckmässig ist es, der zuletzt angewandten Salbe indifferenterer Art Tumenol in steigender Concentration zuzusetzen nach dem Grundsätze, dass man ein acutes E. so vorsichtig als möglich behandeln soll. Besonders ist das Tumenolammonium auch für acutere Kinderekzeme zu empfehlen.

*Chronischere Ekzemformen* vertragen fast immer Tumenol-salben in stärkerer Concentration, vor allem die Tumenol-pinselungen und Tumenolbleivaseline. Für die *mycotischen Ekzemformen* sind die Pinselungen besonders geeignet wegen ihrer geringen irritirenden Wirkung und ihrer be-  
quemen Application.

Das Tumenolammonium hat ferner einen deutlichen jucklindernden Einfluss nicht nur auf einfache *juckende Ekzeme*, *parasitäre Dermatosen*, sondern auch auf *Prurigo* und *Pruritusformen*. Besonders eignen sich die *rhagadi-formen Ekzeme in der Genitalgegend*, speziell in der Anal-falte, welche meist intensiv jucken, für die Behandlung mit Tumenolammonium. Sie reagiren oft ganz ausgezeichnet darauf, vorausgesetzt dass die Rhagaden nicht zu tief und zu stark infiltrirt sind. Bei Pruritus ist die Wirkung un-sicher, doch sind oft besonders die Tincturen mit eventl. nachheriger Einfettung von guter und nachhaltiger Wirkung. Zu empfehlen ist ferner Tumenolammonium zur Nachbe-handlung der *Scabies*, namentlich bei solchen Formen, welche stark ekzematös und zerkratzt sind.

- |   |  |
|---|--|
| <p>1. Tumenoli-Ammonii 10,0—20,0<br/>Aether sulfur.<br/>Spiritus vin. rectif.<br/>Aqu. dest. aa ad 100,0</p> <p>2. Tumenoli-Ammonii 10,0—20,0<br/>Aether sulfur.<br/>Spiritus vin. rectif.<br/>Glycerin. aa ad 100,0</p> <p>3. Tumenoli-Ammonii 5,0—20,0<br/>Zinc. oxydat.<br/>Amyli puri<br/>Glycerin.<br/>Aqu. dest. aa ad 100,0<br/>D. S. Gut umschütteln und<br/>mit einem weichen Pinsel<br/>aufzutragen.</p> <p>4. Tumenoli-Ammonii 5,0—20,0<br/>Zinc. oxydat.<br/>Amyli puri<br/>Glycerin. aa 25,0<br/>Aqua dest.<br/>Spir. vini aa 12,5<br/>D. S. Gut umschütteln und<br/>mit einem weichen Pinsel<br/>aufzutragen.</p> | <p>5. Tumenoli-Ammonii 5,0—20,0<br/>Zinci oxydati<br/>Amyli puri aa 25,0<br/>Vasellini flavi 50,0</p> <p>6. Tumenoli-Ammonii 5,0—20,0<br/>Zinci oxydati<br/>Bismuth. subnitrici aa 5,0<br/>Unguent. simplic.<br/>Unguent. lenient. aa . 50,0</p> <p>7. Tumenoli-Ammonii 5,0—20,0<br/>Vasellini flavi ad 100,0</p> <p>8. Tumenoli-Ammonii 5,0—20,0<br/>Unguenti Vasellini<br/>plumbici ad 100,0</p> <p>9. Tumenoli-Ammonii 33,0<br/>Spiritus vini ad 100,0<br/>D. S. Dem Bade zu-<br/>zusetzen.</p> <p>10. Tumenoli-Ammonii 8,0<br/>Anthrarobini 2,0<br/>Tinctur. Benzoes 30,0<br/>Aether. sulfur. 20,0<br/>(Arningsche Pinselung.)</p> |
|---|--|



- **Ueber Pittylen, ein neues Theerpräparat**, veröffentlicht Dr. M. Joseph (Berlin) seine Erfahrungen. Dass der Theer gewisse unangenehme Eigenschaften besitzt, ist bekannt, und man hat deshalb immer mehr das Bestreben, wirksamen Ersatz für ihn aufzufinden. Joseph selbst hat das Bromocoll und das Euguform eingeführt, die sich durch ihre juckstillende Eigenschaft auszeichnen, aber die keratoplastische Eigenschaft des Theers nicht besitzen. Hier ist ein neues, von dem Dresdener Chem. Laboratorium Lingner hergestelltes Präparat berufen, in der dermatologischen Praxis als Theerersatzmittel festen Fuss zu fassen, das Pittylen, ein *durch Condensation des Nadelholztheers mit Formaldehyd entstandenes* feines, braungelbes Pulver, das fast geruchlos ist. Das Formaldehyd scheint dem Theer auch jede localreizende Wirkung genommen zu haben, sodass es also hier gelungen ist, den officinellen Holztheer in eine feste, möglichst reiz- und geruchlose Form überzuführen. Autor verwendet jetzt Pittylen seit zwei Jahren und kann es als ein nach manchen Richtungen ausgezeichnetes Präparat bezeichnen. Vor allen Dingen wurde es natürlich bei E. versucht, und es hat sich beim *subacuten E.* (nach Schwinden der ersten entzündlichen Erscheinungen) und beim *chronischen E.* bestens bewährt. Hervorzuheben ist die günstige Wirkung bei dem *impetiginösen E. der Kinder.* Applicirt wurde eine 2—10%ige *Paste*, häufig auch 5—10%ige *Schüttelmixtur*.

Rp. Pittylen. 2,0—10,0

Zinc. oxyd.

Amyl. aa 25,0

Petron. ad 100,0.

Rp. Pittylen. 5,0—10,0

Zinc. oxyd.

Amyl. aa 20,0

Glycerin. 30,0

Aq. dest. ad 100,0.

Sehr prompt wirkte Pittylen beim *chronischen tyloformen E.* und besonders dem *Keratom* an Handteller und Fusssohlen, sowie beim *Lichen chron. simplex*, wo 10—20 bis 40—60%ige *Pittylen-Paraplaste* angewandt wurden, die idealste Form der Pflasterbehandlung, durch Bequemlichkeit und Sauberkeit ausgezeichnet. Mit 10%igem *Paraplast* wurde begonnen und allmählich bis auf 60%igen *gestiegen*. Das ist auch die beste Therapie beim *chron. localisirten Nagelekezem* (auch in einem Falle von Onychia



favosa bewährte sie sich). Auch beim *chron. trockenen E.*, das theilweise mit Rhagadenbildung einhergeht, kennt Autor nichts besser und schneller wirkendes, als 10% igen Pittylenparaplast; jene besonders an den Händen localisirten, jahrelang bestehenden Ekzeme, welche mässig geröthet, von den Handtellern beginnend, auf die Handrücken übergehen und den Nagelfalz mit ihrer übermässigen Verhornung nicht verschonen, gewöhnlich aber jeder Fettmedication trotzen, sind ein Feld für diese Behandlung. Ebenso der Lichen *chron. simplex*, bei dem wochenlange Behandlung mit Paraplast in steigender Concentration Heilung herbeizuführen vermag. Auch bei einigen Fällen von *Lichen ruber verrucosus* (der Unterschenkel) wirkten hochprocentige Pittylenparaplaste recht günstig ein. Pittylen löst sich nun auch in Aceton, Alkohol und Collodium. Das 8% ige *Pittylen-Aceton* ist besonders zu empfehlen für das *Eczema seborrhoicum corporis* (zweimal tägliche Einpinselung; dreimal wöchentlich Bad mit fester Pittylenseife) und *Pityriasis rosea*, 8%ige spirituöse *Pittylentinctur* für *Pityriasis versicolor*, chronische *urticarielle* Processe und *Strophulus infantum*. Endlich werden noch *Pittylenseifen* (feste und flüssige) hergestellt. Die feste bewährte sich bei *Acne vulgaris* sehr gut (Schaum mehrmals täglich eingerieben, event. über Nacht liegen gelassen.)

(Dermatolog. Centralblatt, December 1905.)

## **Fracturen und Luxationen. Celluloid als bequemes,**

**durchsichtiges Schienungsmaterial bei Unterkieferbrüchen** empfiehlt Dr. Speiser (Bischofsburg). Warnkros hat bereits einen Kautschukschienenverband eingeführt, der schon in den ersten Tagen das Kauen gestatten und den ferneren Vortheil haben soll, dass man ihn beliebig abnehmen und auch die Zahnreihe übersehen kann. Das Verfahren ist gewiss gerade für den Landarzt recht geeignet. Aber auch Autor hat ein derartiges Verfahren ersonnen, das ihm gute Dienste geleistet hat bei einem Knaben, der infolge eines Hufschlags einen Bruch des Unterkiefers zwischen dem linken äusseren Schneidezahn und dem Eckzahn davongetragen hatte. Auch Celluloid wird in der Wärme plastisch und hat den Vorzug, durchsichtig zu sein. Man kann in kochendem Wasser eine Celluloidplatte in jede beliebige Form biegen, auch noch unmittelbar nach dem Herausnehmen diese Form etwas korrigieren, alsbald aber erhärtet sie so, dass sie ein vor-

züglich festes Schienungsmaterial abgibt. Es gehört nun eine nur geringe Geschicklichkeit dazu, die Celluloidscheibe — und im Nothfalle genügt einer der heute üblichen Salbenkrukendeckel aus diesem Material — entsprechend der Zahnreihe und kappenförmig zu biegen. Ist dann die Grösse mit einer beliebigen Scheere reguliert, so bedarf es nur noch der Befestigung. Die hat Autor folgendermaassen, primitiv, aber genügend, erreicht. Eine Drahtschlinge wurde um die beiden Zähne zu beiden Seiten der Bruchstelle tief, das Gaumenfleisch noch herunterdrückend, herumgeführt und durch ihr Zusammendrehen die seitliche Dislocation behoben. Dann fasste eine zweite Drahtschlinge, senkrecht zu dieser ersten laufend, unter ihr durch, wurde oben über die Celluloidschiene geführt und an den Enden wiederum fest zusammengedreht. Dadurch war die Dislocation nach oben, die allen sonstigen Versuchen getrotzt hatte, vollkommen und endgültig beseitigt. Der verticale Draht kann zweckmässig schon zwischen die Zähne gelegt werden, ehe der horizontale Draht angelegt wird; danach wird er über die Schiene genommen und zusammengedreht. Man kann auch diese Schiene abnehmen, nämlich seitwärts unter ihrer Drahtschlinge hervorziehen, sie selbst und die Zähne reinigen und die Schiene dann wieder überschieben. Die Zähne selbst und an ihnen die Richtigestellung der Kieferfractur sind durch das durchsichtige Celluloid aber auch sonst bequem zu controllieren. Excellenz Czerny in Heidelberg, dem Autor von seinem Vorschlage Mittheilung machte, verdankt er noch folgende Modification der Drahtführung. Um zu vermeiden, dass der verticale Draht mit seiner unteren Schleife gerade in der Wunde des Gaumens liegt und deren Heilung einmal beeinträchtigen könnte, wird der verticale Draht nur um den horizontalen herumgeschlungen, alsdann aber, statt unter der Schiene durch, beide Male über die Schiene hinweggeführt.

(Deutsche med. Wochenschrift 1905 No. 49.)

- **Zur Kenntniss der Fibularfracturen** macht Dr. A. v. Khautz jun. (II. chirurg. Abtheilung der K. K. Rudolf-Stiftung in Wien) eine Mittheilung. Im vorigen Jahre hat Suter auf eine besondere Art von Fibularfracturen hingewiesen. Es sind dies Wadenbeinbrüche knapp oberhalb des Knöchels, bei denen die Bruchebene von hinten oben nach vorn unten zum Knöchel verläuft, was bei der meist geringen seitlichen Verschiebung der Bruchenden zur Folge hat,

dass auf dem in sagittaler Richtung aufgenommenen Röntgenbilde keine Spur einer Bruchlinie zu sehen ist. Dieser Befund ist überraschend, wenn man das Vorhandensein einer Fractur klinisch festgestellt hat und sich mit einer einzigen Röntgenaufnahme begnügt. Andererseits kann man bei dem häufigen Mangel der klassischen Fractursymptome durch ein solches Bild leicht verleitet werden, nur eine Distorsion anzunehmen. Auffallend ist die häufig geringe Schmerzhaftigkeit und Functionsstörung bei dieser Bruchform. Es kam einige Male vor, dass Patienten mit frischen solchen Brüchen ohne Krücken zu Fuss in die Ambulanz kamen, einzelne sogar mit dem kranken Beine voraus auf einen Stuhl steigen konnten. Die Ursache der geringen Functionsstörung ist wohl darin zu suchen, dass bei diesem Verlaufe der Bruchebene die Bruchenden, die selbst meist nur eine ganz geringe Dislocatio ad axim oder ad latus zeigen, unter dem Drucke der Körperlast keine stärkere Dislocation erleiden, wodurch heftigere Schmerzen bei Inanspruchnahme des Beines vermieden werden. Bei der äusseren Untersuchung ist oft bis auf eine geringe Anschwellung und bläuliche Verfärbung der unteren Wadenbeingegegend nichts Abnormes zu sehen. Die Stellung des Fusses kann ganz unverändert, auch die active Beweglichkeit im Sprunggelenke nur wenig eingeschränkt sein. Basculement sowie Crepitation sind meist höchst undeutlich. Hingegen fühlt man in der Regel abnorme Beweglichkeit des oberen Fragmentes in der Sagittalebene, während das untere Fragment unbeweglich bleibt. Nicht selten kann man direct den Verlauf der Bruchlinie von hinten oben nach vorne unten durchtasten, doch ist man durch den Contur des Peroneus brevis und dessen Sehne, welcher Muskel sich gerade hier um die Fibula nach aussen schlingt, mitunter Täuschungen ausgesetzt, wovon ein Vergleich mit der gesunden Seite bewahrt. Bei Mangel aller dieser Fractursymptome ist es manchmal nur ein heftiger localer und entfernter Druckschmerz — ähnlich wie bei Rippenfracturen — der das Vorhandensein einer Knochenverletzung sehr wahrscheinlich macht. Das Radiogramm endlich bringt die Entscheidung, doch ist die Fractur erst dann mit Sicherheit auszuschliessen, wenn auch die Aufnahme in der zur ersten senkrechten Richtung ein negatives Resultat ergibt. Mag die Feststellung einer derartigen Fractur quoad therapiam in manchen Falle ganz gleichgiltig sein — die Fractur heilt unter Bettruhe und Massage meist gerade so rasch,

oft noch rascher und mit besserem Enderfolge wie im Fixationsverband — so ist sie es doch nicht vom Standpunkte der Kranken- und Unfallversicherung und in forensischer Beziehung. Während in Bezug auf das klinische und röntgenographische Verhalten dieser Brüche alle Autoren einig sind, herrschen über den Entstehungsmechanismus noch ganz verschiedene Vorstellungen. Nach Behrings Ansicht handelt es sich meist um Supinationsfracturen; es könne in seltenen Fällen auch Pronation die Ursache sein mit Abreissung des inneren Knöchels; ihrer Entstehung nach seien es Rissfracturen. In den vom Autor beobachteten 16 Fällen war fünfmal sichere Supination, einmal sichere Pronation bei der Verletzung im Spiele und zwar war es in fünf Fällen ein Umkippen des stehenden Fusses, einmal ein Umstürzen des Körpers bei fixiertem Fusse. In den übrigen Fällen war es zweimal directe Gewalt (Auffallen eines Schlachtochsen, Hieb mit einem Knüttel), sonst mehrmals Auffallen der Körperlast auf das im Knie gebeugte Bein, Herabgleiten über Stiegenstufen etc. Drei Fälle sind mit Abtrennung des Tibiaknöchels combinirt. Die Patienten waren sämmtlich mittelkräftige, sonst gesunde Individuen im Alter von 24 bis 69 Jahren, bei einem Durchschnittsalter von 39 Jahren.

Alles deutet darauf hin, dass es nicht allein die mechanischen Bewegungen des Knochensystems mit seinen Bändern sind, welche beim Ueberschreiten der physiologischen Grenzen diese Fractur erzeugen, sondern zum grösseren Theile wahrscheinlich die gleichzeitigen forcirten und uncoordinirten Muskelactionen. Man könnte sich vorstellen, dass durch eine kräftige Contraction der Peronei, deren Sehnen hinter dem Wadenbeinknöchel verlaufen, die Fibula nach rückwärts durchgebogen wird und im Bereiche des muskelfreien Antheiles einbricht. Die Sehne des Peroneus longus und die contrahirten Muskelbäuche des Extensor digitorum und Extensor hallucis longus würden gleichsam als Hypomochlion an der Bruchstelle wirken. Die nach vorne wirkende Componente der letztgenannten Muskeln (in diesem Falle als Antagonisten der Peronei) käme hier weniger in Betracht, da dieselben zum grossen Theile auch von der Membrana interossea entspringen.

Die Contraction der Peronei könnte um so wirksamer sein, je weiter die Insertionsstelle von dem Ursprung entfernt ist, je tiefer also der äussere Fussrand gesenkt ist.

Dies würde auch die Häufigkeit der Fractur bei Supinationsstellung des Fusses erklären.

(Wiener klin. Wochenschrift 1905 No. 51.)

### **Fremdkörper. Zur Casuistik verschluckter F.** berichtet

Privatdoc. Dr. J. Fein (Wien) über folgenden Fall: 25 jähr. Frau kommt mit der Angabe, dass ihr Abends vorher beim Verspeisen einer Suppe ein Knochen im Halse stecken geblieben sei. Sie war zu einem Arzt gelaufen, der ohne jede Untersuchung ihr ein „langes Stangel“ (vermuthlich Bougie) in den Hals schob. Es ging aber nicht hinein, jedoch entwickelten sich von da ab immer heftigere Schmerzen, während letztere bis dahin nur geringfügig gewesen waren. Seitdem kann Pat. nicht einmal einen Schluck Wasser mehr herunterbringen. Die Untersuchung ergibt Folgendes: Bei Eröffnung des Mundes und Niederhalten der Zunge nichts Auffälliges im oralem Theile des Pharynx zu bemerken. Bei Einführung des Kehlkopfspiegels in der Mitte der hinteren Rachenwand etwas mehr nach rechts beiläufig in der Höhe der Interarytaenoidfalte ziemlich starke Röthung und Schwellung der Rachenschleimhaut nachweisbar; diese Geschwulst überlagert die Interarytaenoidfalte ein wenig nach vorne, zeigt aber keine abgegrenzten Erhabenheiten oder Vertiefungen. An der vorderen Fläche der hinteren Kehlkopfwand reicht ein fadenförmiges Blutcoagulum vom Rande der Interarytaenoidfalte bis an das Niveau der Stimm lippen. Nur die Schleimhaut der unmittelbaren Umgebung der Geschwulst geröthet. F. trotz sorgfältigen Suchens nicht zu entdecken. Von einer genaueren Digitaluntersuchung wird mit Rücksicht auf den tiefen Sitz der Schwellung und die grossen Schmerzen Abstand genommen. Röntgenuntersuchung negativ. Nach diesem Befund hatte der F. eine Verletzung des Rachens verursacht, war aber bereits herunter, oder er lag an irgend einer versteckten Stelle. Vorläufig nur antiphlogistische Behandlung. Tags darauf keine Aenderung des Zustandes, Schmerzen allerdings etwas geringer und Schwellung an der Rachenwand mehr abgegrenzt. Am folgenden Tage Schmerzen wieder etwas geringer, Geschwulst blasser und kleiner. Autor nahm jetzt an, dass der F. bereits abgegangen sei, untersuchte aber immer wieder genau laryngoskopisch, da Pat. behauptete, einen spitzen Körper noch an derselben Stelle zu fühlen. Endlich am vierten Tage konnte er, nachdem

sich die Geschwulst wesentlich verkleinert hatte, an ihrem linken Rande eine Einkerbung wahrnehmen, aus welcher ein weisslicher, spitzer Gegenstand, wie eine kleine, 2—3 mm hohe Pyramide, hervorragte. Sein Sitz lag in der Höhe der Spitze des linken Aryknorpels. Autor liess einige Tropfen Cocainlösung aus einer Kehlkopfspritze auf diese Stelle fallen und erfasste den weissen Körper fest mit einer Schrötter'schen Pincette. Es wurde so ein 3 cm langer und 1,6 cm breiter, scharfkantiger, dreieckiger Knochen extrahiert, und wie mit einem Schläge war die Pat. von all ihrem Leiden befreit. — Der Fall ist nach zweifacher Richtung hin lehrreich. Er zeigt zunächst, dass ein Knochen von den angegebenen Dimensionen sich in dem der Spiegeluntersuchung zugänglichen Theile des Rachens festsetzen kann, ohne sofort bemerkt zu werden. Die Schleimhautschwellung hatte hier nicht nur den grössten Theil des Knochens beherbergt, sondern auch ein etwa von Hause aus noch frei herausragendes Endchen verdeckt, sodass dieses erst dann zum Vorschein kommen konnte, als die Schwellung geringer wurde. F. im Rachen können also einen so versteckten Sitz haben, dass sie auch genauester Untersuchung entgehen, und wir müssen mit der Aeusserung, dass ein F. nicht vorhanden sein könne, sehr vorsichtig sein, zumal obiger Fall lehrt, dass auch recht voluminöse F. sich verstecken können. Die zweite Lehre, die obiger Fall giebt, bezieht sich auf die Behandlung. Zweifellos hatte sich der verschluckte F. zunächst nur ein wenig in die Schleimhaut eingepresst, und erst der Arzt hatte ihn unter die Schleimhaut gestossen; daher hatte die Pat. auch seit der ärztlichen Manipulation plötzlich so heftige Schmerzen und so unerträgliche Beschwerden bekommen. Sicher wäre der F. zu sehen gewesen, wenn vor dem Eingriff laryngoskopisch untersucht worden wäre oder wenigstens der Arzt versucht hätte, den F. zu palpieren; letzterer hätte sich in diesem Stadium vielleicht sogar mit dem Finger extrahieren lassen.

(Wiener med. Presse 1905 No. 44.)

- **Ein interessanter Fall aus der Unfallpraxis** wird von Privatdoc. Dr. Lininger (Bonn) mitgetheilt: *Grosses Kettenglied im Unterschenkel, dessen Vorhandensein nicht nur dem Verletzten, sondern auch dem behandelnden Arzte entgangen war.* Ein 27 jähr. Arbeiter verunglückte am 24. V. 03 beim Reinigen eines Heissluftapparates dadurch, dass die zum Reinigen gebrauchte eiserne Kette zerriss,

wobei das eine Ende mit grosser Heftigkeit gegen die Innenseite des linken Unterschenkels schlug. Pat. musste vom Platze weggetragen werden. Der Arzt fand eine grosse, tiefe, stark verunreinigte Quetsch-Risswunde in der Mitte der Innenseite des linken Unterschenkels. Die Wunde wurde gereinigt und behandelt, Pat. nach einigen Wochen in die Heimath entlassen, da der Arzt annahm, dort werde bald Heilung eintreten. Dies geschah jedoch nicht, ein Arzt machte am 4. I. 04 einen tiefen Einschnitt, da er einen zurückgebliebenen F. vermuthete. Trotz Sonden- und Fingeruntersuchung fand er aber einen solchen nicht. Die Schnittwunde heilte gut, doch blieb eine stark eiternde Fistel bestehen, die besonders bei Druck auf die Wade noch eine grosse Menge serös-eitriger Flüssigkeit entleerte. Bis zum 1. IV. 04 keine Aenderung, die Berufsgenossenschaft überwies den Pat. dem Autor, der zunächst ein Röntgenbild aufnahm. Dasselbe zeigte ein grosses eisernes Kettenglied im Beine; der F. war offenbar bei dem Unfall ins Bein hineingeschlagen worden und sass an der Hinterseite des Schienbeins. Entfernung, glatter Wundverlauf. Am 21. V. 04 konnte Pat., nachdem noch durch eine Bewegungs- und Massagecur die Kraft und Geschicklichkeit des Beines wesentlich gebessert war, mit einer Schonungsrente von 20 % entlassen werden. Eine Neuuntersuchung am 28. III. 05 ergab volle Functionsfähigkeit. Einstellung der Rente. — Dieser Fall beweist wieder die Nothwendigkeit der Röntgenuntersuchung bei Verletzungen, insbesondere bei solchen, die auch nur den geringsten Verdacht auf das Vorhandensein eines F. zulassen. Wäre sofort nach dem Unfall eine Röntgenographie aufgenommen worden, so wäre der Verlauf des Falles ein weit günstigerer gewesen.

(Monatsschrift f. Unfallheilkunde u. Invalidenwesen 1905 Nr. 11.)

- **Ein Fall von geheiltem Tetanus traumaticus nach Pfählungsverletzung** wird von Dr. Grünfeld (Saaz) geschildert. Am 9. XII. 02 glitt ein 7 jähr. Knabe während des Reifenspiels im Hofe aus und fiel hin. Schreckensbleich lief er zur Mutter, welche ein paar Tropfen Blutes aus dem linken Nasenloche laufen sah. Autor fand bei der Untersuchung nichts Abnormes. Erst Tags darauf zeigte sich bei dem sonst munteren, schmerzfreien Kinde eine leichte Schwellung des linken unteren Augenlides. Dies Oedem wurde stärker, die Conjunctiva erschien injicirt. Auch die Injection verschlimmerte sich, der Bulbus

war nach oben aussen rotirt. Dabei war das Kind noch immer schmerz- und fieberfrei, während die Schwellung immer mehr zunahm, die Chemose der Conjunct. bulbi immer stärker wurde, der Bulbus jetzt ganz nach aussen und oben rotirt erschien. Am 17. XII. die ersten tetanischen Symptome. Da Autor die Verletzungsstelle ausfindig machen wollte, untersuchte er nochmals die Nase. In der linken Nasenhöhle negativer Befund. Rechts fand er in der Höhe der zweiten Muschel am Septum einen gelblichweissen, etwa 3—4 mm langen, kantigen Körper, der wie ein nekrotischer Sequester aussah. Er wurde von Primarius Dr. Bergmann mittels Kornzange extrahirt und erwies sich als 4 cm langes Holzstück von  $\frac{1}{2}$  bis 1 cm Umfang, mit zwei scharfen Leisten, das breitere Ende zerfasert. Der Knabe gab dann an, er habe beim Reifenspiel ein grösseres Holzstück in der Hand gehabt, habe aber nichts davon bemerkt, dass es in die Nase gedrungen sei. Nach der Operation einige Tage leichtes Fieber (bis 38,7°), weitere Steigerung der Tetanuserscheinungen, die durch Chloral mit Brom. Abführmittel, warme Einpackungen bekämpft wurden. Sie liessen dann allmählich nach, ebenso wie die Veränderungen am Auge sich nach und nach besserten. Am 28. XII. Augenbefund völlig normal. Pat. erholte sich jetzt rasch und wurde am 25. I. 03 geheilt entlassen. --- Es handelt sich also um einen schweren Fall von Tetanus traumaticus, hervorgerufen durch das Eindringen eines Holzstückes in die Orbita, aber erst am neunten Tage nach der Verletzung auftretend. Der F. muss, in die rechte Nasenhöhle eingedrungen, das Septum narium durchbohrt, in der Richtung von rechts unten, vorn nach links hinten oben den Proc. ethmoidalis des linken Oberkiefers perforirt haben und von da in die Orbita eingedrungen sein: in die Tenon'sche Kapsel gelangten etwa  $1\frac{1}{2}$  cm des Holzstückes. Der F. verursachte zunächst gewiss eine grössere Blutung und rief dann eine reactive Entzündung hervor, als deren Ausdruck das Oedem des linken unteren Augenlides, die Chemose und die durch die Schwellung hervorgerufene Auswärtsrotation des Bulbus zu betrachten sind. Es ist wohl entschuldbar, dass bei einem Entzündungsprocesse am linken Auge vor allem die linke Nase untersucht wurde, zumal ja gar kein Symptom, weder Verlegung der Nasenathmung, noch eitriger Ausfluss aus der Nase, noch irgend ein Schmerz Anlass gab, der Nase besondere Aufmerksamkeit zu schenken. An einen F. zu



denken, lag vollkommen fern. Das sonst intelligente Kind konnte gar keine Angaben über die Verletzung machen, wusste von dem ganzen Vorgang gar nichts, infolge des plötzlichen heftigen Schrecks. Klinisch waren noch einige Momente bemerkenswerth. So der Umstand, dass trotz der Verbindung der Orbita mit dem Nasenraum sich weder ein retrobulbäres, noch ein subcutanes Emphysem entwickelte; offenbar führte das Pfählungsinstrument eine feste Tamponade des Wundcanals herbei. Merkwürdig war ferner, dass die Verletzung in den ersten acht Tagen subjectiv gar keine Symptome bewirkte. Zu betonen ferner, dass auch im weiteren Verlaufe stärkere Temperatursteigerungen fehlten, was wohl auf geringe Eiterung im Bereiche des Wundcanals, also auf geringfügige Mischinfection zurückzuführen ist. Dass sich die Temperatursteigerung in sehr mässigen Grenzen hielt, resp. im Beginne vollkommen fehlte, liess die Prognose von vornherein als günstige erscheinen.

(Prager med. Wochenschrift 1905 No. 48.)

### **Haemorrhoiden. Physikalisch-mechanische Behandlung**

**von Haemorrhoidalknoten** empfiehlt Regimentsarzt Dr. Fr. Halbhuber (Wien). Kaltes Wasser, angewendet in Form von 2—3 Minuten langem Waschen der Analgegend, wiederholt in  $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$  stündigen Pausen, im ganzen täglich 5—6 Waschungen, bewirkt rasches Aufhören des Pruritus und Zurückgehen der Knoten. Die Waschungen können auch vertheilt früh und abends gemacht werden. Nach erfolgter Waschung wird ein wallnussgrosser, mit kühlem Wasser befeuchteter, gut ausgedrückter Wattebausch gegen die Analöffnung angedrückt, tagsüber und nachts in der Gesässfalte getragen. Erwärmt er sich, so wird er erneuert. Nach jedem Stuhlgange 1—2 Waschungen. Eine derartige 3—5 tägige Behandlung hat in zahlreichen Fällen sich bewährt, ja vollständige Heilung erzielt (darunter in drei schon von anderer Seite zur Operation bestimmten Fällen). Man kann daneben auch medicamentös einzuwirken suchen, z. B. essigsäure Thonerde zur Befeuchtung der Watte benutzen, Anusolsuppositorien appliciren, Wattestücke mit Zymoidin- oder Airolsalbe armieren, wobei auch die mechanische Wirkung des Wattebausches mit in Betracht kommt.

(Wiener med. Presse 1905 No. 48.)

**Obstipatio.** Ueber den Missbrauch medicamentöser Ab-

föhrmittel bei habitueller O. äussert sich Prof. Dr. Chr. Jürgensen (Kopenhagen). Gleich Ewald ist er der Ansicht, dass man so wenig als möglich bei der habituellen O. zu Abführmitteln greifen soll; jedenfalls ist die fortgesetzte tägliche Verwendung medicamentöser Abführmittel als durchaus schädlich ganz und gar zu verwerfen. Völlig entbehren wird man ja die Abführmittel nicht können, aber man muss sie dann wenigstens in zweckmässiger Weise verordnen. So darf das Abführmittel nicht so wirken, dass eine unnatürliche Consistenz der Faeces daraus resultirt. Als gutes, als unschädliches Abführmittel ist nur ein solches zu erachten, das ohne unnatürliche Nebenwirkungen seine Thätigkeit entfaltet, also auch ohne Herbeiführung unnatürlicher Consistenz. Es giebt Abführmittel, mit denen wir, bei richtiger Verordnungsweise, zu solch ruhiger und doch genügender Wirkung kommen können. Allerdings darf für habituellen Gebrauch eines medicamentösen Abführmittels niemals im Einzelfalle eine bestimmte Dosis von vornherein endgiltig fixirt werden. Es muss vielmehr für jeden Fall ausprobiert werden, welche kleinste Dosis überhaupt von Wirkung ist, und zwar auf völlig ruhigen, geformten, jedenfalls von der natürlichen Consistenz nur unwesentlich abweichenden Stuhl. Bei den meisten Abführmitteln giebt es nun leider nur ein Entweder — Oder: entweder Nullwirkung oder Dünnwirkung; das mittlere Alternativ, die Uebergangswirkung, die ruhige, natürliche, geht ihnen ab. Solche passen unbedingt nicht für habituelle Benutzung; sondern erlaubt sind hier nur solche, welche auf mittlere Wirkung abzielen sind. In früheren Jahren bediente sich Autor sehr viel des Decoct. Cortic. Frangulae. Cort. Frangul. conc. 30 g werden mit 250 g Wasser auf ca. 125 g eingekocht (ca. 15 Minuten), das abgegossene Decoct wird beim Zubettgehen (möglichst nur jeden zweiten oder dritten Abend) gereicht; mit 1—2 Esslöffeln anfangend, wird ausprobiert, wie wenig man geben kann, um am nächsten Morgen einen ruhigen, geformten Stuhlgang zu erzielen. Derartig verordnet, hat sich das Mittel (natürlich immer neben diätetischen Maassnahmen) sehr oft bewährt. Auch Senneschoten (Folliculi Sennae) sind ganz gut, kalt zubereitet (6—8—10 Schoten mit  $\frac{1}{2}$  Glas kalten Wassers zwölf Stunden hingestellt, die abgegossene Flüssigkeit im ganzen, am besten abends, zu nehmen). In den letzten Jahren verwendete Autor mit Vorliebe gewisse Pflanzenthees, und zwar in folgenden 3 Nummern:

- I. Flor. Tiliae  
 „ Sambuci  
 „ Chamom.  
 Herb. Menth. pip.  
 Rhiz. Valerian. aa
- II. Flor. Arnicae  
 „ Verbasci  
 „ Chamom.  
 Herb. Menth. pip.  
 Rhiz. Valerian. aa
- III. Flor. Arnicae  
 „ Verbasci  
 Herb. Rosmarini  
 Rad. Bardanae  
 „ Liquirit. aa

Davon zwei Esslöffel, event. etwas mehr oder weniger mit zwei Tassen kochendem Wassers infundirt:  $\frac{1}{4}$  Std. gut zugedeckt stehen lassen; den Abguss in zwei gleich grossen Portionen mit  $\frac{1}{4}$  Std. Zwischenzeit auf nüchternen Magen (gewöhnlich warm) zu nehmen; erste Mahlzeit erst  $\frac{1}{2}$  Std. später.

Diese Mischungen sind, obiger Reihenfolge nach, von deutlich gesteigerter Wirkung auf die Darmentleerung, und man kann die gewünschte mittlere Wirkung mit ihnen gut innehalten.

(Berliner klin. Wochenschrift 1905 No. 44a, Festnummer für Ewald).

### **Pertussis. Zur Vaporinbehandlung des Keuchhustens fällt**

Dr. J. Landau (Israel. Kinderspital in Krakau) auf Grund von 40 behandelten Fällen sein Urtheil. Vaporin (Krewel & Co.) besteht aus:

Rp. Naphthalin. 180,0  
 Camphor. ras. 20,0  
 Ol. Eucalypt. glob.  
 Ol. pin. piceae aa 3,0

In die Mitte des Zimmers, in denen sich das Kind befindet, stellt man eine Schüssel und in diese einen Spiritusapparat von schwacher Flamme mit einem Kochgefäss. In letzteres giesst man ein Glas lauwarmes Wasser und fügt einen Esslöffel Vaporin hinzu. Die vollständige Verdampfung des Wassers dauert etwa zehn Minuten, und das Kind bleibt eine Stunde in dem Zimmer, wo es spielen oder sich sonst unterhalten kann. Diese Inhalationen, zweimal täglich vorgenommen, bewirkten Herabminderung der Zahl der Anfälle und der Intensität der letzteren; der Krankheitsverlauf wurde ein milderer und unbedingt abgekürzt. Nie kam es zu Complicationen, nie machten sich Nebenerscheinungen bemerkbar.

(Die Heilkunde, November 1905.)

- **Pyrenol bei Keuchhusten** hat Dr. M. Steiner (Herzog. Landeskranken- und Siechenhaus zu Altenburg, S.-A.) mit bestem Erfolg gegeben. Es wurde von Kindern auch in den ersten Lebensmonaten gut vertragen und zeigte nie eine unangenehme Nebenwirkung auf Nieren, Herz etc. Den Keuchhusten beeinflusste es eclatant, und wurde die Besserung sehr bald nach Beginn der Medication wahrgenommen. Die Dosis für Kinder unter ein Jahr betrug die Hälfte der übrigen. St. verordnete gewöhnlich bei Kindern:

Rp. Pyrenol. 3,0—4,0  
 Liq. Ammon. anis. 3,0  
 Aq. dest. ad 100,0

Auch bei *Influenza* hat sich Pyrenol gut bewährt.

(Fortschritte der Medizin 1905 Nr. 15.)

### Rheumatismen. Zur Therapie des Rheumatismus

empfiehlt Dr. H. Gerber (k. k. Allgem. Krankenhaus in Wien). Einreibungen mit Rheumasol, einem von der Firma Hell & Co. in Troppau hergestellten Präparate, das aus 80 Theilen Vasolum liquid. und je zehn Theilen Salicylsäure und Petrosulfol besteht und eine schwarzbraune Flüssigkeit von schwachem Ichtyolgeruch darstellt. Das Mittel hat sich bei Rh. und Neuralgien bestens bewährt.

(Wiener med. Presse 46 u. 47, 1905.)

- Ueber ein neues äusserlich anzuwendendes Salicylpräparat: **Protosal** berichtet Prof. Dr. A. Langgaard (Berlin). Es ist dies der Salicylsäureglycerinformalester, eine ölige, farblose Flüssigkeit, die nicht, gleich dem Mesotan, reizend wirkt. Von einer Mischung gleicher Theile des Esters und Olivenöls, dem 10 % Alkohol hinzugesetzt waren, hat Autor dreimal täglich einen Theelöffel voll kräftig in die Haut des Oberschenkels eingerieben, ohne dass sich Reizerscheinungen geltend gemacht hätten. Die Resorption durch die Haut ist eine sehr gute. Der zwölf Stunden nach der ersten Einreibung gelassene Urin gab bereits starke Salicylsäurereaction; am folgenden Morgen schien die Reaction noch stärker zu sein, sie nahm im Laufe des Tages allmählich ab, aber es konnten noch am dritten Tage geringe Mengen Salicylsäure im Urin nachgewiesen werden. Protosal (hergestellt von der Chem. Fabrik auf Actien, vorm. E. Schering, Berlin) wurde auch schon

practisch bei Rh. erprobt, und zwar mit recht gutem Erfolge. Die Verordnung geschieht zweckmässig nach folgender Formel:

Rp. Protosal. 25,0  
 Spirit. 2,5  
 Ol. Oliv. ad 50,0  
 S. Aeusserlich!

(Therap. Monatshefte, December 1905.)

### **Rhinitis. Die Behandlung des Schnupfens der Säuglinge;**

**Beitrag zur Verhütung der epidemischen Cerebrospinalmeningitis**, so betitelt sich eine Arbeit von Dr. K. Vohsen (Frankfurt a. M.). Pathologische Zustände der Nase und des Nasenrachenraumes schaffen, wie man jetzt weiss, eine erhöhte Disposition für die Aquisition einer Genickstarre. Eine sorgfältige Behandlung jener Affectionen ist daher durchaus geboten. Autor macht auf eine Methode der Behandlung des Schnupfens bei Säuglingen und kleinen Kindern aufmerksam, die sich in zahlreichen Fällen sehr gut bewährt hat. Autor sagt darüber: „Die wesentlichste Beschwerde der Schnupfenkranken besteht weniger in der starken Secretion, als vielmehr in der Schwierigkeit, bei der Verschwellung des obersten Luftweges, das Secret zu entleeren. Die zweckmässigste Art der Behandlung des acuten Schnupfens Erwachsener ist darum das Hervorrufen einer Abschwellung der Nasenschleimhaut durch Eintragung einer Lösung von:

Rp. Cocain. mur. 1,0  
 Paranephrin. 2,0  
 Aqu. dest. 20,0,

die nach <sup>1</sup>/<sub>2</sub> Minute eine leichte Entleerung des Secrets ermöglicht und bei einem uncomplicirten Schnupfen von einer sofortigen, oft stundenlangen Erleichterung gefolgt ist. Die Lösung wird mit einem erbsengrossen Wattebäuschchen, das um das gerauhte Ende eines Drahtes gewickelt ist, eingetragen. Auch der Laie lernt rasch die untere und mittlere Muschel entlang pinseln; eine zarte Berührung genügt. Ich ziehe das Paranephrin vor, da, bei gleich anaemisirender Wirkung, die leicht ätzende Empfindung nicht eintritt, die dem Adrenalin und Suprarenin anhaftet. Bei dieser Behandlung heilen die acuten Schnupfen Erwachsener in wenigen Tagen und verlaufen ohne nennenswerthe Beschwerden. Jeder andere Eingriff,

Einstäubung von Pulvern, die trotz allen Kampfes dagegen immer wieder angewandte Nasendouche mit ihren verhängnisvollen Folgen für das Mittelohr sind überflüssig, ja schädlich. Eine angenehme Empfindung erzeugt dem Pat. die Eintragung einer Salbe:

Rp. Anaesthesin. 1,0  
 Ung. Cerei rec. par. 20,0  
 Ol. am. gtt. V.

in den Naseneingang, die das schmerzhaftige Gefühl lindert, das mit dem Erythem am Introitus narium verbunden ist, und das Eintreten von Fissuren verhindert. — Diese Behandlung würde mit den entsprechenden Modificationen der Lösung auch bei Kindern genügen, wenn sie sich den wichtigsten damit erzielten Vortheil zu nutze machen könnten, d. h. wenn sie ihre Nase ausschnauben könnten. Das ist aber den Säuglingen gar nicht möglich. Wir müssen darum ein Mittel haben, das Secret zu entleeren, ohne zu reizenden Eingriffen oder gar den gefährlichen Wasserdouchen zu greifen. Dieses Mittel ist die Luft-Nasendouche: Ein der Nasenöffnung entsprechender Gummischlauch von 25 cm Länge, dessen für die Nasenöffnung bestimmtes Ende zur Markirung schräg abgeschnitten wird, wird in die Nase eingeführt, sodass er nur den Introitus abschliesst, und nun mit dem Ballon oder dem Munde unter mittelstarkem Drucke die Nase ausgeblasen. Zunächst erfolgt diese Durchblasung ohne vorherige Anwendung der obengenannten Lösung. Es lässt sich auf diese Weise leicht feststellen, ob ein grösseres Hinderniss der Nase vorliegt und welche Seite die weitere ist. Die eigentliche Luftdouche erfolgt dann von der engeren Seite aus, ein Grundsatz, der für Nasendouchen jeder Art gilt, um eine Stauung der gewählten Douche mit ihren Folgen für das Ohr zu vermeiden. Bei Säuglingen und kleineren Kindern wird bei Beginn der Durchblasung fast ausnahmslos durch den Schreiact das Cavum nach unten fest abgeschlossen. Die Luft entleert sich in continuirlichem Strome mit dem Secret durch die freie Nasenseite. Vor jeder Nahrungsaufnahme wird bei Säuglingen das Verfahren wiederholt, und es ist eine Freude zu sehen, wie rasch das Trinken erleichtert wird und der Zustand der meist sehr erschöpften Kinder in wenig Tagen sich zum Bessern wendet.“ Bei älteren Kindern war Autor nur dann genöthigt, von dem Verfahren Gebrauch zu machen.

wenn Ungeschick oder Schwäche des Expirationsactes eine ausreichende Reinigung der Nase verhinderten. Das Verfahren kann man ohne Gefahr den Angehörigen anvertrauen. Die nöthige Ermahnung, das Schlauchende für die Nase des Kindes zu markiren, damit es nicht in den Mund genommen wird, ausserdem den Druck nicht zu stark zu nehmen (weshalb bei Laien der Mund dem Ballon vorzuziehen ist) genügen, um etwaigen Gefahren vorzubeugen. „Die Einführung der Lösung bei Kindern geschieht durch die Pflegenden so, dass ein erbsengrosses Stückchen damit befeuchteter Watte in den Naseneingang eingelegt und bei zurückgebeugtem Kopfe der Nasenflügel angedrückt wird. Schon die Benetzung mit der kleinen Menge Lösung, die auf diese Weise in die Nase einfliesst, genügt meist zur Erzielung des gewünschten Effectes. Die Lösung rathe ich nur dann zu gebrauchen, wenn abnorme Schwellungen dazu nöthigen. Der Laie soll im allgemeinen angewiesen werden, die regelmässigen Durchblasungen ohne weiteres vorzunehmen und die Lösung nur anzuwenden, wenn ein stärkerer Widerstand dazu auffordert, denn trotz der Geringfügigkeit der anempfohlenen Cocain-Paranephrin-Menge könnte sie doch bei sehr häufigem Gebrauch schädlich werden.“

(Berliner klin. Wochenschrift 1906 No. 40.)

### **Scarlatina. Ueber die Behandlung der S. mit dem Moser-**

**schen polyvalenten Scharlachserum** berichtet Dr. C. Garlipp, der damit in der Universitäts-Kinderklinik der Charité in Berlin neun Fälle behandelte, ohne aber befriedigende Resultate zu erzielen, namentlich bei schwereren Fällen. Bei leichteren ging ja das Fieber einige Male herunter und das Allgemeinbefinden besserte sich vorübergehend, aber diese Vortheile werden durch die unangenehme Nebenwirkungen, welche so grosse Serummengen häufig auslösen, schwer erkaufte. Dabei wandte Autor nur 150 ccm als Höchstmenge an, während man in Wien jetzt 200 ccm zu injiciren pflegt. Von den neun Fällen bekamen fünf Nephritis, eine Zahl, die den gewöhnlichen Durchschnitt weit übersteigt. Da Pirquet nach Serum-Einspritzungen Albuminurie beobachtet hat, so kann die Möglichkeit nicht von der Hand gewiesen werden, dass die durch Serum schon geschädigte Niere dem Scharlachgift weniger Widerstand entgegensetzen kann. Eine Beeinflussung des Exanthems durch das Serum war nie zu

constatiren, ebensowenig Besserung der Rachen- und Drüsenaffectionen. Autor kann sich daher nicht entschliessen, von dem Serum in seiner gegenwärtigen Form weiter Gebrauch zu machen.

(Medizinische Klinik 1905 No. 51.)

**Ueber das Moser'sche Scharlach-Serum** spricht sich Dr. R. Bukowski (Schles. Krankenhaus in Teschen) auf Grund seiner Erfahrungen sehr günstig aus. Er war mit den Erfolgen der Serumtherapie recht zufrieden und bezeichnet das Serum als wirksame Waffe gegen das Scharlachgift, als ein Mittel, das den Organismus befähigt, die Krankheit zu unterdrücken, noch bevor sie eine bedrohliche Steigerung erfahren hat. Die Serumkrankheit, die öfters sich entwickelt, aber in mässigen Grenzen bleibt, ist gern in den Kauf zu nehmen. Meist ist die Injection von 200 ccm nöthig (an zwei Stellen unter die Bauchhaut, rechts und links), bei jüngeren Kindern und leichteren Fällen genügen 100 ccm.

(Wiener klin. Wochenschrift 1905 No. 48.)

**Ueber Complication von S. mit Icterus** berichtet Dr. O. Gross (Medicin. Klinik zu Strassburg i. E.) und giebt die Krankengeschichten von zwei (erwachsenen) Scharlachkranken, die während des Scharlachs Icterus bekamen. Es handelte sich nicht um jene schweren septischen Fälle, die ja oft Aehnlichkeit haben mit der acuten gelben Leberatrophie, sondern es waren leichte Fälle von S., und der Icterus verschwand nach einigen Tagen wieder. Es waren offenbar leichte Veränderungen im Verdauungscanal im Spiel, wie sie häufige Begleiterscheinungen des Scharlachs sind. Für den Zusammenhang mit Störungen des Verdauungstractus sprach in einem Falle schon das Verhalten der Faeces, aus dem man ein Stocken des Gallenabflusses in den Darm schliessen durfte; vielleicht lag ein Katarrh der Gallenwege zu Grunde. Diese Complication gehört zu den Seltenheiten. Unter 130 in den letzten neun Jahren in der Klinik behandelten Scharlachfällen fand sie sich nur diese beiden Male.

(Münchener med. Wochenschrift 1905 Nr. 48.)

**Sepsis, Pyaemie. Aronsons Antistreptokokkenserum bei puerperaler Sepsis** hat Dr. P. Hanel (Berlin) in drei Fällen mit eclatantem Erfolge angewandt. In den beiden ersten Fällen handelte es sich um hoch fieberhafte Erkrankungen, die durch 1—2 malige Injection von 50—100 ccm Serum



trotz sehr schwerer Allgemeinerscheinungen glatt zur Heilung kamen; nach 24—36 Stunden besserte sich beide Male auffallend das Allgemeinbefinden, und die Temperatur fiel zur Norm herab. Der dritte Fall war ein besonders schwerer; drei beobachtende Aerzte stellten eine sehr triste Prognose, die allgemein üblichen Mittel (auch Argent. colloid.) blieben ohne Effect. Nach der ersten Injection von 100 ccm Serum Besserung des Allgemeinbefindens mit kurz vorübergehendem Temperaturabfall; nach der zweiten Injection geradezu kritischer und frappanter Umschwung. — Nach seinen bisherigen Erfahrungen würde Autor bei sehr schweren Fällen grosse Dosen Serum, 100 ccm empfehlen, wobei freilich manchmal der hohe Preis hinderlich sein dürfte (die chem. Fabrik auf Actien, vorm. Schering will den Preis jetzt für 50 ccm auf 20 Mk. herabsetzen). Falls nach 24 Stunden kein deutlicher Effect, nochmalige Injection. Grössere Serummengen injicire man in die seitliche Bauchgegend. Unangenehme Nebenerscheinungen sah Autor bisher nie. Er macht neuerdings eine Injection von 20 ccm Serum, auch wenn er nur den Verdacht hat, dass eine Infection stattgefunden haben könnte. Ferner glaubt er, dass Heilerfolge auch mit kleineren Dosen erzielt werden können, wenn man möglichst frühzeitig injicirt und nicht erst wartet, bis die anderen Mittel versagt haben.

(Deutsche med. Wochenschrift 1905 No. 45.)

- **Ueber zwei durch Collargolinjection geheilte Fälle von Septicaemie** berichtet Dr. A. Wassmuth (Medicin. Klinik Innsbruck). Zur Verwendung gelangte 2% ige wässrige Lösung von Collargol, die nach den Vorschriften von Credé in die Vena mediana injicirt wurde (6 ccm). Schädliche Nebenwirkungen zeigten sich nicht, Puls und Respiration blieben vollständig unbeeinflusst. Dagegen hob sich 2—4 Stunden nach der Injection das Allgemeinbefinden der Kranken gegen früher ganz ausserordentlich, es besserten sich ihre nervösen Beschwerden, wie Delirien, Eingenommenheit und Kopfschmerzen auffällig, obwohl sich die Temperatur keineswegs erniedrigt hatte; auch stellte sich bald, 4—6 Stunden nach der Injection, Schlafbedürfniss ein. In beiden Fällen trat am Tage nach der Injection noch eine Steigerung der Temperatur auf, damit war aber auch der Process abgelaufen, die Heilung angebahnt.

(Deutsche med. Wochenschrift 1905 No. 49.)

**Casuistische Mittheilungen über Collargolbehandlung** macht Stabsarzt Dr. Rau (Wreschen). Er berichtet über zwei Fälle, bei denen die intravenöse Injection von Collargol prompte Wirkung gezeigt hat. Im ersten Falle handelte es sich um eine schwere, von einer Nackenwunde ausgehende Pyaemie. Pat. erhielt 4%ige Lösung injicirt, jedesmal 2 g, im ganzen in sechs Tagen 12 g. Im zweiten Falle (Puerperalerkrankung) wurde zweimal oder nur einmal täglich 2% ige Lösung injicirt, jedesmal 3 g.

(Therap. Monatshefte, December 1905.)

### **strictura oesophagi. Thiosinamininjectionen bei einer**

**Narbenstrictur des Oesophagus** wandte mit äusserst promptem Erfolge Dr. K. Schneider (Kinderspital Basel) an. Für feinste Sonden nicht durchgängige St. bei einem fünfjährigen Jungen nach Trinken von Natronlauge. Benutzung einer Lösung von Thiosinamin 1,0 in 4,0 Glycerin und 16,0 Wasser. Erste Injection (0,7 ccm) am 10. III. 05, die zweite am 13. III. Tags darauf dringt Sonde neun Charrière leicht in den Magen. Nach der siebenten Injection am 30. III. (seit der dritten je 1 ccm) passiert Sonde 28 (=  $9\frac{1}{2}$  mm) ohne Schwierigkeit und wird gewöhnliche Kost genossen. Am 8. IV. (Spitalsaustritt) Sonde Nr. 30, keine Beschwerden beim Schlingen,  $2\frac{1}{2}$  kg Gewichtszunahme. — Auffallend war hier die ungemein rasche Wirkung der Injectionen: schon einen Tag nach der zweiten Injection hatte sich das Narbengewebe so gelockert, dass eine weiche 3 mm-Sonde durchdringen konnte, während vorher auch die feinsten Sonden nicht passirten.

(Correspondenzblatt für Schweizer Aerzte 1905 Nr. 11.)

### **syphilis. Ein Vorschlag zur Therapie der S.** wird von Dr.

M. Kahane (Wien) gemacht. Der so constante Befund der *Spirochaete pallida* in syphilitischen Krankheitsproducten, sowie der *Cytorrhcytes luis* als anderen Syphiliserregers müssen, da beides Protozoen sind, zu der Auffassung führen, dass die *S.* zu den *Protozoenkrankheiten* gehört und einer Behandlung zugänglich sein dürfte, welche sich bisher bei den durch Protozoen hervorgerufenen Infektionskrankheiten bewährt hat. Man denkt da zunächst an eine Verwandtschaft der *S.* mit *Malaria* und *Febris recurrens*. Im Lichte einer solchen Verwandtschaft wären

zu betrachten die wesentlichen Characteristica der S. — Exanthem, Milz- und Lymphdrüenschwellung —, der in gewissem Sinne cyclische Verlauf, die Neigung zu schubweisem Auftreten der Krankheitsmanifestationen, die Tendenz zu Recidiven. Nun gelten ja mit Recht Jod und Hg als wirksame Heilmittel bei S., Specifica sind sie aber keineswegs. Die Thatsache, dass die Präventivbehandlung mit Hg ausser einer gewissen Hinausschiebung der Eruptionsperiode nichts zu leisten vermag, dass auch das Auftreten von Recidiven nicht mit Sicherheit verhindert werden kann, spricht entschieden dafür, dass Hg wohl gegen die Krankheitsmanifestationen, nicht aber gegen die Krankheitsursache wirkt. Die Erfahrungen bei der durch Protozoen hervorgerufenen Febris intermittens gehen dahin, dass es drei in hohem Grade wirksame Mittel giebt, welche anscheinend durch directe Beeinflussung des Krankheitserregers wirken: *Chinin, Methylenblau, arsenige Säure*. Autor schlägt nun vor, auch Fälle von frischer S. mit einer Combination dieser Mittel zu behandeln und zu ordiniren:

Rp. Chinin. sulfur.

Methylenblau puriss. aa 6,0

Acid. arsenicos. 0,03

Extr. et Succ. Liq. q. s. ut f. pill. Nr. 30

S. dreimal täglich 1 Pille zu nehmen.

Es würde sich empfehlen, diesen Versuch zunächst an frischen und anderweitig noch nicht behandelten Fällen zu machen, insbesondere auch solchen, bei denen es noch nicht zum Ausbruch des Exanthems gekommen ist, um sich von der event. präventiven Wirkung zu überzeugen; ebenso wäre ein Versuch bei suspecten Erosionen angezeigt.

(Wiener klinisch-therap. Wochenschrift 1905 No. 49.)

- **Intravenöse Jodkalium-Injectionen bei S.** empfiehlt Dr. W. Doevenspeck (Essen) und führt vier Fälle vor, wo subcutane Injectionen einer 5%igen Jodkalilösung prompteste Wirkung hatten. Diese Fälle betrafen einen Primäraffect mit Dolores nocturni, ein secundäres Hautsyphilid und Schleimhautgeschwüre, einen Fall von tertiären Knochen- und Schleimhautgeschwüren und eine tertiäre Cerebrospinalles. Hg konnte in diesen Fällen dringender Noth nicht direct in Betracht kommen, einmal, weil es nicht schnell genug wirkt, besonders aber weil in Fall I Eruptionsbeschwerden (Dolores nocturni, schweres Krankheitsgefühl, Fieber. Schweisse etc.), in Fall II (neben

Stomatitis mercurialis) secundäre Schleimhautgeschwüre, in Fall III und IV tertiäre Knochen- und Schleimhaut-ulcerationen resp. Gehirn- und Rückenmarkslues vorlagen, somit in allen Fällen Syphilisproducte, welche anerkanntermaassen durch Jodkali specifisch beeinflusst werden. Per os aber wäre Jodkali (wegen unaufhörlichen Erbrechens und Würgreizes in den Fällen I und IV, wegen qualvoller Schluckbeschwerden in den Fällen II und III) nicht gut beizubringen und besonders nicht genügend oder zu spät wirksam gewesen (letzteres gilt auch für Jodkaliklysmen und subcutane Jodipininjectionen), während die intravenösen Injectionen in allen vier Fällen sehr schnell wirkten; nach 1—2 Injectionen war jedesmal ihr nächster Zweck erreicht, der syphilitische Process zum vorläufigen Stillstand gebracht, damit unsägliches Unheil verhütet und zugleich die Bahn für die gewöhnliche Therapie freigemacht. Kleinste Dosen Jodkali genügten für diese Zwecke: 0,1 Jodkali = 2,0 einer 5%igen Lösung, welche aus der Apotheke in 10 g-Fläschchen sterilisirt wurde. Vergiftung oder Jodismus trat nicht auf. Die Fälle zeigten, dass das Jod in keinem Stadium der S. bei Seite gelassen werden sollte; vortrefflich war z. B. die Wirkung einer einzigen Injection auf Eruptionsbeschwerden und Sklerose in Fall I. Es trat in allen Fällen die ungemein rasche Arzneiwirkung bei intravenösen Injectionen zu Tage, aber auch die Flüchtigkeit und geringe Nachhaltigkeit der Wirkung, insofern in den Fällen II und III sofort nach oder noch während der intravenösen Therapie Recidive einsetzten. Die intravenöse Therapie hat eben ihre speciellen Indicationen: dort, wo bei schwerer Erkrankung unverzügliche Hilfe nöthig ist, wo die gewöhnlichen Methoden nicht oder nicht genügend oder zu spät wirken oder Schwierigkeiten bereiten, da kann die intravenöse Application des Arzneimittels als aushelfendes, unterstützendes, ergänzendes Verfahren gute, bisweilen unschätzbare Dienste leisten.

(Die Therapie der Gegenwart, December 1905.)

**Ueber die Spirochaete pallida** sind in letzter Zeit ungemein zahlreiche Untersuchungen angestellt worden. Das Resultat fasst Privatdoc. Dr. Erich Hoffmann (Universitätsklinik f. Haut- und Geschlechtskrankheiten in Berlin) wie folgt zusammen:

1. Die Spirochaete pallida ist in den verschiedensten Krankheitsproducten der Syphilis, welche nach klinischen und experimentellen Erfahrungen das

Virus beherbergen, mit immer grösserer Regelmässigkeit gefunden worden, sodass jetzt ihr constantes Vorkommen bei recenter Syphilis wohl behauptet werden kann.

2. Bei uncomplicirten Fällen von acquirirter Syphilis ist sie in der Tiefe der Primäreffecte und Genitalpapeln, in den Lymphdrüsen, in den mannigfaltigen secundären Exanthemformen und endlich in einer Anzahl von Fällen auch im Blut rein und ohne Beimischung anderer Keime nachgewiesen worden.
3. In den inneren Organen, den specifischen Exanthemen und mitunter im Blut congenital-syphilitischer Kinder ist ihr Nachweis nun bereits zahlreichen Autoren gelungen.
4. Bei nicht syphilitisch Erkrankten und Gesunden ist die *Spirochaete pallida* bisher stets vermisst worden.
5. Auch bei der experimentellen Syphilis der Affen ist sie so gut wie constant gefunden worden, und zwar nicht nur bei Impfung mit menschlichem Virus, sondern auch wenn die Krankheit von einem Affen auf einen andern übertragen worden war, während Controlluntersuchungen ergeben haben, dass in der gesunden Affenhaut *Spirochaeten* nicht vorkommen.

Auf Grund dieser Thatfachen ist bei aller in dieser Frage gebotenen Vorsicht kaum ein anderer Schluss mehr möglich als der, dass die *Spirochaete pallida* der Erreger der Syphilis ist.

(Deutsche med. Wochenschrift 1905 No. 43.)

### **Tuberculose. Ueber Styraol zur Behandlung der Lungen-**

**tuberculose** berichtet Dr. K. Eckert (St. Elisabeth-Krankenhaus Halle a. S.). Styraol ist die sehr glückliche Vereinigung der beiden in der Tuberculotherapie am meisten anerkannten Mittel, des Guajacols und der Zimmtsäure. Es ist ein geruch- und geschmackloses Pulver, das den Magen völlig unzersetzt passirt und sich erst im Dünndarm in seine Componenten spaltet. Initiale Phthise wurde auffallend günstig durch das Mittel beeinflusst, vorgeschrittene Fälle wurden wesentlich gebessert, und bei schweren Fällen von Lungen- und Darmphthise wurden wenigstens die Durchfälle beseitigt. Stets besserte Styraol Appetit und Allgemeinbefinden, sowie die Nachtschweisse, Husten und Auswurf wurden vermindert, die Expectoration

erleichtert. Selbst die schwersten Durchfälle sistirten. Unangenehme Nebenwirkungen stellten sich nie ein. Tagesdosis für Erwachsene 2—3 g.

(Münchener med. Wochenschrift 1905 Nr. 41.)

**Behandlung der Lungentuberculose mit Praevalidin** empfiehlt auf Grund seiner Erfahrungen Dr. E. J. Haberfeld (St. Johannes-Communalspital in Budapest). Die Methode stammt von W. Koch, der die percutane Anwendung des Camphers mittels Praevalidins empfahl. Als Salbengrundlage dient das Percutilan (Wollwäscherei in Döhren), das sehr schnell resorbirt wird. Derselben ist Campher in solcher Concentration beigemischt, dass trotz der Flüchtigkeit desselben jede einzelne Salbendosis 0,4 desselben enthält; als Adjuvans und Geruchscorrigentia wurden Bals. peruv., Ol. Eucalypti und Ol. Rosmarini beigemischt, und das Ganze in Zinntuben, deren jede 20 g. in fünf Theile getheilt (jeder Theil bildet eine Dosis) enthält, in den Handel gebracht. Die Gebrauchsanweisung lautet: Aus dem in fünf gleiche Theile getheilten Tubus wird an fünf aufeinanderfolgenden Tagen je ein Theil verbraucht, und zwar derart, dass am ersten Tage der eine Arm, am zweiten der andere, am dritten und vierten Tage je ein Schenkel, am fünften Brustkorb und Rücken eingerieben werden; vorher wird der betreffende Theil des Körpers mit warmem Seifenwasser abgewaschen und getrocknet. Am besten wird vor dem Schlafengehen die Einreibung, die etwa zehn Minuten dauert, gemacht. Nach Verbrauch einer Tube folgt eine 8—10 tägige Pause, dann ebenso weitere Einreibungen und Pausen, solange es nöthig erscheint. Die gleichzeitige Anwendung narkotischer Mittel ist zu vermeiden, weil diese die Expectoration des anfangs vermehrten Sputums erschweren. — Haberfeld hat nun dieser Behandlung eine grosse Anzahl von Fällen unterzogen, meist sehr schwere Fälle, wo es nur darauf ankam, die Symptome zu mildern und den Kräfteverfall aufzuhalten. Dies gelang auch. Das Fieber nahm ab, die Hustenanfälle wurden nach leichter Expectoration seltener, der Kräfteverfall sistirte, das Allgemeinbefinden besserte sich. Bei weniger vorgeschrittenen Fällen war die Besserung eine solche, dass die Pat. arbeitsfähig wurden, und bei beginnender Phthise trat dieser Umschwung sehr bald ein. Ueble Nebenwirkungen fehlten stets, ja die Behandlung wirkte appetitanregend und hob stets das Allgemeinbefinden; auch in verzweifelten Fällen schaffte sie Erleichterung.

(Deutsche Medicinal-Zeitung 1905 No. 86.)



— Ueber ein anatomisches Stigma angeborener tuberculöser

**Disposition** machen Doc. Dr. J. Sörgo und Dr. E. Suess (Heilanstalt Alland) Mittheilung. Bei der Untersuchung ihrer weiblichen Kranken waren ihnen die grossen Differenzen, die zwischen der Grösse beider Brustdrüsen derselben Person bestehen, wiederholt aufgefallen, und sie fanden nun eine auffällige *Coincidenz der Seite der kleineren Brustdrüse resp. des kleineren Warzenhofes mit der ausschliesslich oder vorwiegend tuberculös erkrankten Lungenhälfte*. Dass bei Grössenunterschieden beider Brustdrüsen meist die linke die kleinere ist, ist bekannt. Um so auffälliger ist die Häufigkeit der Fälle, bei denen bei ausschliesslich oder vorwiegend rechtsseitiger Affection die rechte Brustdrüse bedeutend kleiner erscheint als die linke. Dasselbe gilt auch für die betreffenden Warzenhöfe, und auch bei den Männern kam man zu analogen Ergebnissen: es entsprach in der weitaus überwiegenden Zahl der Fälle bei vorhandenen Grössenunterschieden der Warzenhöfe der Seite der ausschliesslich oder vorwiegend erkrankten Lunge der kleinere Warzenhof. Diese Anomalie muss nach Ausschluss aller anderen Möglichkeiten als eine angeborene bezeichnet werden. Besteht nun zwischen der Seite der primär erkrankten Lungenspitze und der Seite des kleineren Warzenhofes und mithin auch der kleineren Brustdrüse (es gehörte bei auffälligen Grössenunterschieden stets der kleinere Warzenhof der evident kleineren Drüse an) eine Uebereinstimmung, so muss, da die Grössendifferenz als angeboren zu gelten hat, auch die Ursache der auffallenden Coincidenz zwischen der Seite der primären Erkrankung und der Hypoplasie der Brustdrüse als gleichfalls angeboren aufgefasst werden. Wir müssen daher, falls Grössenunterschiede beider Warzenhöfe bestehen, die Lungenspitze auf der Seite des kleineren Warzenhofes, resp. der kleineren Brustdrüse gegenüber derjenigen auf der Seite der grösseren Maasse als zur T. mehr prädisponirt bezeichnen. Worauf dieses Verhalten beruht, bleibt vorderhand räthselhaft. Zur Erklärung der Erscheinung haben sich die Autoren folgende Anschauung gebildet: die angeborene Hypoplasie eines Warzenhofes fassen sie als sichtbares anatomisches Stigma einer einseitigen mangelhafteren Körperentwicklung auf, nicht in grobanatomischem Sinne, sondern in Bezug auf feinere, uns heut noch nicht erkennbare gewebliche oder functionelle Abweichungen von der Norm. Die Lunge nimmt nun wohl an dieser Abweichung der zurückgebliebenen Körperhälfte theil und ist bei der generellen

Spitzendisposition, die jeder Lunge gegenüber der tuberculösen Infection eigen ist, ganz besonders für T. disponirt. Die Turban'sche Lehre der Vererbung eines Locus minoris resistentiae hat damit eine beträchtliche Stütze gefunden. Es thut natürlich dem Werthe des gefundenen Symptomes keinen Eintrag, dass trotz ein- oder beiderseitiger tuberculöser Lungenerkrankung das Stigma fehlt; so wie es andererseits nicht Wunder nehmen darf, Leute mit Warzenhofdifferenzen zu finden bei gesunden Lungen. Jedenfalls scheint jetzt ein sichtbarer Beweis erbracht für das Bestehen einer angeborenen Disposition zur Lungentuberculose.

(Wiener klin. Wochenschrift 1905 No. 48.)

### **Ulcus ventriculi.** Zur Therapie des Magengeschwürs

ergreift Prof. O. Minkowski (Medicin. Klinik Greifswald) das Wort, indem er speciell die *diätetische Behandlung* einer Erörterung unterzieht, welche für die überwiegende Mehrzahl der Fälle als das wichtigste Moment zu gelten hat, auch heute noch, wo von chirurgischer Seite die operative Behandlung des U. in den Vordergrund gestellt wird. Hat doch kürzlich ein namhafter Chirurg es ausgesprochen: „Das U. ist nun einmal eine chirurgische Krankheit, und der Chirurg, nicht der innere Mediciner, soll die Indication zur Operation stellen.“ Das ist nun aber doch zu weitgehend! Sind denn überhaupt die Fälle von U., die operativ behandelt werden müssen, so häufig, dass man sagen könnte, die Operation ist das normale Verfahren und nur die inoperablen Fälle dürfen noch dem inneren Mediciner überwiesen werden? Keineswegs! Autor steht der operativen Behandlung des U. durchaus nicht feindlich gegenüber, aber das U. ist doch ein Leiden, welches in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle auch bei der internen Behandlung die besten Resultate ergibt, und nur bestimmte Indicationen sind es, welche ein operatives Eingreifen erheischen. So die Perforation des Magens. Es kommt ja hie und da einmal vor, dass eine Magenperforation spontan heilt, aber das ist doch so selten, dass man nicht mit einer derartigen Möglichkeit rechnen darf. Allerdings giebt auch die Operation in solchen Fällen keine sehr günstigen Resultate, doch werden diese ausserordentlich viel besser, wenn man frühzeitig eingreift und womöglich in den ersten Stunden nach erfolgtem Durchbruch operirt. Daher heisst es hier: Nicht zögern! Anders liegt die Sache schon mit den profusen



Blutungen. Die wirklich gefährlichen Blutungen, die unmittelbar das Leben bedrohen, verlaufen in der Regel so stürmisch, dass für ein chirurgisches Eingreifen keine Zeit bleibt. Das blutende Gefäss zu finden und direct zu unterbinden, gelingt überdies in den seltensten Fällen, und im Moment des schwersten Collapses operirt man auch nicht gern. Ist aber eine Blutung erst mal zum Stehen gekommen, dann ist die unmittelbare Gefahr für den Pat. in der Hauptsache auch vorüber. Fälle von U. mit Blutung geben ja auch für die Heilung gar keine so schlechte Prognose. Im Gegentheil, oft genug heilt ein U., welches ohne Blutungen Jahre lang bestanden hat, nach dem Auftreten einer Blutung in kurzer Zeit, — vielleicht, weil es nach einem solchen Ereignis viel ernster genommen und consequenter behandelt wird. Immerhin können profuse, sich oft wiederholende Blutungen eine Indication für die Operation abgeben. Als Hauptindication für eine solche gilt die mechanische Insufficienz des Magens; man macht hier die Gastroenterostomie, durch welche eine raschere Entleerung des Magens ermöglicht wird. Aber es ist nicht leicht zu entscheiden, was eigentlich als mechanische Insufficienz zu gelten hat. Dass eine durch ein U. hervorgerufene narbige Pylorusstenose durch Gastroenterostomie zu behandeln ist, darüber ist kein Wort zu verlieren. Da braucht man auch nicht zu warten, bis die Gastrectasie einen hohen Grad erreicht hat. Man soll operiren, sowie die Pylorusstenose sicher ist. Man soll operiren, schon wenn man Grund hat anzunehmen, dass das U. am Pylorus sitzt und zu einer Stenose führen kann. Nun kommt hier aber die grosse Schwierigkeit mit der spastischen Stenose des Pylorus, die oft beim U. vorhanden ist. Will man in diesem Pylorospasmus schon eine Indication zur Operation erblicken, dann müsste man sehr häufig operiren, fast in allen Fällen, die auch durch interne Therapie leicht geheilt werden können; denn bei rationeller interner Behandlung des U. weicht auch der Pylorospasmus sehr bald. Aber es giebt Fälle, wo der hartnäckige Pylorospasmus nur durch eine Operation erfolgreich bekämpft werden kann. Es giebt ferner Magengeschwüre, die zwar nicht am Pylorus sitzen, aber dennoch, sei es infolge ihrer grossen Ausdehnung, sei es infolge ihres Uebergreifens auf Nachbarorgane oder infolge von Gründen, die wir nicht übersehen können, keine Neigung zur Heilung zeigen, Geschwüre, bei welchen auch die sorgfältigste interne Therapie versagt. Allerdings heilen

diese Fälle auch nicht alle nach der Gastroenterostomie, manche Pat. gehen später doch noch an ihrem U. zu Grunde; aber wenigstens verbessert in solchen hartnäckigen Fällen die Operation die Heilungsbedingungen. Schliesslich giebt es auch Pat., die infolge ihrer socialen Verhältnisse nicht in der Lage sind, so zu leben, wie es ihr Magenleiden erfordert, oder sich nicht einer so langen Behandlung unterziehen können; hier hilft die Operation der Situation ab. Fügt man noch die seltenen Fälle hinzu, in denen ein Sanduhrmagen höheren Grades oder perigastrische Verwachsungen eine Operation nothwendig machen, so giebt es im ganzen genug Fälle, die wir gern dem Chirurgen zuführen. Aber diese auszuwählen, für sie den richtigen Zeitpunkt für die Operation zu bestimmen, dazu bedarf es einer eingehenden Beobachtung, und in der Regel wird die Entscheidung erst getroffen werden können, wenn die interne Behandlung schon eine Weile durchgeführt ist. Da erlebt man oft die grössten Ueberraschungen, wie wunderbar schnell auch die anscheinend schwersten Fälle sich bessern und heilen können. Jeder Fall von U. sollte also zunächst einmal intern behandelt werden, zumal eine Gefahr mit dem Abwarten nicht verbunden ist, solange der Pat. unter ärztlicher Aufsicht ist. Fleiner hat berichtet, dass ihm im Laufe von zehn Jahren bei 300 Fällen in klinischer Behandlung kein Fall von unstillbarem Erbrechen, keine tödliche Blutung, keine tödliche Perforation, keine Inanition, überhaupt kein Todesfall an U. vorgekommen ist. Minkowski kann ähnliche Erfahrungen mittheilen. In den letzten fünf Jahren hat er 150 Fälle in stationärer Behandlung gehabt, darunter 71 Fälle mit Blutungen. Nur eine Pat. (mit Magenperforation eingeliefert) starb sofort, ehe sie operirt werden konnte. Sonst war kein einziger Todesfall zu verzeichnen.

(Medicin. Klinik 1905 No. 52.)

(Schluss folgt.)

### **Vitia cordis.** Ueber einen Fall von Mitralinsufficienz,

veranlasst durch Trauma, berichtet Dr. Marcus (Anstalt zur Behandlung von Unfallverletzten in Posen.) Ein 36-jähriger Arbeiter zog sich am 6. X. 04 einen Unfall dadurch zu, dass er aus einer Höhe von 3 m von einer Leiter herunterfiel und mit der linken Brustseite auf den Boden aufschlug. Er verspürte sofort einen heftigen Schmerz auf der linken Brustseite, konnte sich sofort er-

heben und zum Arzt gehen. Diesem klagte er über die Schmerzen in der Brust, Stiche beim Athmen, Herzklopfen, Kurzatmigkeit, ferner gab er an, dass er einige Minuten nach dem Unfall Blut gespieen habe. Am 9. X. begab er sich in seine Heimath und suchte dort den Arzt auf, der feststellte: Schmerzhaftigkeit an der linken vorderen Brustseite zwischen zweiter und sechster Rippe, leichte Reibegeräusche und unregelmässige Herzthätigkeit. Die Behandlung war am 9. XII. abgeschlossen, und bei der Entlassungsuntersuchung waren Folgen des Unfalls nicht mehr zu constatiren. Die Berufsgenossenschaft lehnte desshalb die Gewährung einer Entschädigung ab. Pat. legte Berufung ein und musste sich in die Posener Anstalt begeben, von wo nun Autor folgenden Bericht gibt:

Klagen des Verletzten: Wenn er längere Zeit gehe oder sobald er sich ein wenig mehr anstrengt, bekomme er ein so starkes Gefühl der Beklemmung, dass er kaum Luft holen könne. Ausserdem bekomme er bei leichten Anstrengungen schon Herzklopfen und Schmerzen in der linken Brustseite. In der Ruhe habe er dagegen über nichts zu klagen. Untersuchungsbefund: Grossgewachsener, kräftig gebauter Mann, in leidlichem Ernährungszustande, mit blasser Gesichtsfarbe und leichter Cyanose der Lippen. Urin eiweiss- und zuckerfrei. Herzdämpfung verbreitert nach rechts und nach links, besonders nach rechts, wo sie bis zur Mitte des Brustbeines reicht. Spitzenstoss schon bei der Betrachtung deutlich sichtbar, da er die Brustwand emporhebt, liegt im fünften Zwischenrippenraum etwas ausserhalb der Brustwarzenlinie. Ton an der Spitze abnorm laut, während über dem Brustbein nichts Auffälliges zu hören ist. Die Töne der grossen Brustschlagader sind leise. Dagegen sind die Töne der Lungenschlagader im zweiten Zwischenrippenraume schärfer, besonders der zweite. Puls 92 Schläge in der Minute, klein, leicht zu unterdrücken. Schlagadern eng. An den übrigen inneren Organen sind Krankheitserscheinungen nicht vorhanden, insbesondere sind beide Lungen gesund. Husten, Auswurf, erhöhte Körperwärme bestehen nicht. Diagnose: Es muss mit hoher Wahrscheinlichkeit angenommen werden, dass hier eine Schlussunfähigkeit der zweizipfeligen Klappe vorliegt. Sicher besteht Herzvergrösserung. Die Herzspitze wird von beiden Herzkammern gebildet. Der erste Ton aus der zweizipfeligen Klappe ist abnorm laut.

Zusammenfassendes Schlussurteil: Im vorliegenden Falle liegt eine Affection des Herzens vor und zwar höchst wahrscheinlich eine Schlussunfähigkeit der zweizipfeligen Klappe. Es handelt sich nun um die Beantwortung der Frage: Ist diese Herzaffectio auf den Unfall vom 6. X. 04 zurückzuführen? Die Frage ist zu bejahen und zwar aus folgenden Gründen:

1. Der Verletzte hat nach seiner Angabe und nach Ausweis der Acten vor dem Unfälle stets schwer und ohne längere Unterbrechungen gearbeitet; er hat niemals an Gelenkrheumatismus gelitten; er hat seine Militärzeit voll gedient. Es muss mithin angenommen werden, dass sein Herz vor dem Unfälle gesund war oder mindestens in einem Zustande sich befunden hat, der eine merkbare Beschränkung der Erwerbsfähigkeit nicht bedingte.
2. Die Art der Gewalteinwirkung bei dem Unfälle war durchaus geeignet, eine Verletzung am Herzen hervorzubringen.
3. Der ganze bisherige Krankheitsverlauf spricht für eine Verletzung des Herzens. R. hat stets die Herzgegend als schmerzhaft angegeben. Die subjectiven Beschwerden, Herzklopfen, Atemnoth, Brustbeklemmung wurden immer in derselben Weise geäußert. Der Verletzte versuchte wiederholt, die Arbeit wieder aufzunehmen. Er musste sie stets niederlegen, da sich bei einigermaassen grösseren Anstrengungen starke Brustbeklemmung einstellte. Der behandelnde Arzt hat bald nach dem Unfall — 9. X. 04 — beschleunigten und unregelmässigen Puls und Reibegeräusche festgestellt. Am Schluss der Behandlung — 9. XII 04 — fanden sich am Herzen keine krankhaften Erscheinungen. Es haben sich also die heute festgestellten Erscheinungen erst nach dem 9. XII. 04 herausgebildet.
4. Der heutige Untersuchungsbefund deutet ebenfalls mehr auf Verletzungsfolgen hin. Es besteht am Herzen nicht das typische Bild eines Klappenfehlers, wie er sich beispielshalber nach Gelenkrheumatismus herauszubilden pflegt, sondern es ist ein atypisches Krankheitsbild, das, wie gesagt, mit grösster Wahrscheinlichkeit auf eine geringere Schlussfähigkeit der zweizipfeligen Klappe schliessen lässt.

Es lässt sich heute nicht mehr entscheiden, ob durch die Gewalteinwirkung ein Einriss der Klappe stattgefunden hat oder ob die Gewalteinwirkung zunächst nur eine Entzündung der Innenhaut — Endocard — der Klappe zur Folge gehabt hat (traumatische Endocarditis). Es kann beides Ursache der jetzt vorhandenen verringerten Schlussfähigkeit der Klappe sein. Es ist auch die Möglichkeit nicht auszuschliessen, dass schon vor dem Unfall die zweizipfelige Klappe nicht ganz intakt war. In diesem Falle würde es sich um eine Verschlimmerung eines schon bestehenden Leidens handeln, die zu der jetzt bestehenden Erwerbsbeschränkung geführt hat. Nach alledem gebe ich mein Gutachten dahin ab:

1. Der Unfall vom 6. X. 04 hat die im Befunde beschriebenen erwerbsbeschränkenden Folgen hinterlassen.
2. Den Grad der durch dieselben bedingten Erwerbsbeschränkung schätze ich auf 50 %.

(Münchener med. Wochenschrift 1905 No. 47.)

— **Ueber moderne Digitalis-Präparate** berichtet Dr. R. Freund (Hansa-Sanatorium Danzig) nach Angaben der Litteratur und eigenen Erfahrungen. Letztere beziehen sich auf *Digalen*, das Autor für das vollkommenste Präparat erklärt, das zur Zeit existirt. Er benutzte es bei zehn Fällen, wobei es stets gut vertragen wurde und prompte Wirkung entfaltete. Es waren vier Fälle von chron. Myocarditis, zwei von Mitralinsuffizienz, einer von Pleuritis mit Herzschwäche. Die übrigen drei Fälle waren solche, bei denen bisher Digalen noch nicht erprobt wurde: Ein Fall von Herzschwäche nach Chloroformnarkose und zwei Fälle von acuter Herzdehnung infolge Ueberanstrengung. In den beiden ersten wurde dreimal täglich 1 ccm Digalen gegeben, im letzten das Mittel intravenös injicirt. Schon nach wenigen Secunden trat hier die Wirkung zu Tage. Solche Injection ist absolut schmerzlos und braucht bloss alle 24 Stunden gemacht zu werden.

(Therap. Monatshefte Decemb. 1905.)

— **Gegen Hydrops cardiacen Ursprungs** seien hier zwei historische Receptvorschriften hervorragender Mediciner angegeben. Die Pillulae hydragogae des „alten Heim“:

Rp. Bulb. Scillae.  
 Fol. Digital.  
 Stib. sulfur. aurant.  
 Extr. Colocynth.  
 Extr. Gramin. aa 1,0  
 M. f. pill. No. 50.

1—3mal täglich 2—3 Pillen zu nehmen.

C. Gerhardt pflegte zu ordnen:

Rp. Fol. Digital. pulv. 10,0  
 Bulb. Scill. conc. 20,0  
 Semin. Ros. con., fruct. Junip. aa 30,0  
 M. f. species.  
 D. S. Mit 1 L. Vin. alb. 2 Tage zu maceriren.  
 2mal täglich 1 Esslöffel zu nehmen.

(Medicin. Klinik 1905 No. 54.)

## Vermischtes.

- **Zur therapeutischen und prophylaktischen Wirkung des Formaldehyds bei inneren Krankheiten** giebt Dr. J. Zwillinger (Olmütz) die Erfahrungen zum besten, die er in den letzten Monaten mit *Formaminttabletten* gemacht hat. Bei *Angina catarrhalis* (3 Fälle) und *Angina lacunaris* (4 Fälle) schon nach 8—10 Tabletten Rückgang der Entzündungserscheinungen; Fieber, Schwellung, Schmerzen liessen bald nach, die Schluckbeschwerden schon am zweiten Tage soweit, dass feste Speisen genossen werden konnten (andere therapeutische Maassnahmen wurden nicht getroffen). Das Formaldehyd wird eben im Mundspeichel frei und wirkt desinficirend und antiseptisch, die Pat. müssen deshalb die Tabletten im Munde langsam zergehen lassen, was bei dem guten Geschmack derselben, der auch Kindern sehr behagt, leicht geschieht. Auch bei *Scharlachanginen* (meist Kinder von 5—10 Jahren) bewirkten die Tabletten am dritten bis vierten Tage kritischen Abfall der Temperatur und Nachlass der Erscheinungen; gegeben wurden im Fieberstadium stündlich 1 Tablette, bis 5 Stück genommen waren, dann zweistündlich 1 Stück, bis das Fieber verschwand, dann noch bis zum achten Tage dreistündlich 1 Stück. In 10 Fällen von *Diphtherie* wurden (neben Seruminjectionen) statt Gurgelungen die Tabletten verordnet; sehr bald stiessen sich die Membranen ab, die

Temperatur sank, der Zustand besserte sich dauernd, und nie ging der Process weiter. In leichteren Fällen wurde gar nicht eingespritzt, nur die Tabletten gegeben (Dosirung wie beim Scharlach), und auch hier trat rasche Heilung ein. In 5 Fällen von *Cystitis* bewährten sich die Tabletten gleichfalls gut, ebenso in 2 Fällen von *Erysipel* (rascher Abfall der Temperatur, baldige Begrenzung des Processes). Prophylaktisch wurden die Tabletten zweimal bei Ausbruch von Scharlachepidemien (in 2 Abtheilungen des Krankenhauses) den übrigen Insassen gegeben (zweistündlich 1 Stück); keiner erkrankte.

(Therap. Monatshefte, October 1905.)

- **Eine sterilisirbare Wattebüchse für das Sprechzimmer\*** empfiehlt Augenarzt Dr. E. H. Oppenheimer (Berlin). Derselbe machte vor kurzem seine engeren Fachcollegen auf eine neue sterilisirbare Büchse aufmerksam, die etwa 25 fertig bereitete Augenverbände enthält, und zwar so, dass stets an die Stelle des herausgenommenen Verbandes ein neuer steriler automatisch heranrückt. Autor hat nun dies Princip auch für eine Wattetampons-Büchse verworther. Eine cylindrische Nickelbüchse von 28 auf 7 cm hat unten einen abnehmbaren Boden mit Bajonettverschluss, oben einen einfachen Abschlussdeckel. Vom Boden aus geht eine kräftige Spiralfeder noch oben, die in einem Nickelteller endigt, sodass die in der Büchse befindliche und in ihr oder ausser ihr sterilisirte Watte automatisch nach oben gedrückt wird. Nimmt man den oberen Deckel ab, so liegt die durch ein viereckiges Gitter zurückgehaltene Watte zu Gesicht und kann bequem nach Bedarf portionsweise durch Zupfen entnommen werden. Da die Büchse mittels einer unten am Boden befindlichen Klammer oder Schraube leicht an jede Tischplatte befestigt werden kann, so bedarf es bei Herausnahme der Wattebüschchen nur *einer* Hand, was bei kleineren Operationen und sonst auch deswegen willkommen ist, weil man so durch das Herausziehen der Watte niemals die nachfolgende beschmutzt.

(Deutsche med. Wochenschrift 1905 No. 36.)

- **Brillenglanz.** In seiner ersten Mittheilung (Nr. 4 dieses Jahrganges) hatte Dr. Wolffberg (Breslau) berichtet, dass Sapal in Tuben sich auszeichnet als Putzmittel für Brillengläser eignet, welche durch dasselbe auch stundenlang vor

\*) Firma Windler, Berlin. Preis Mk. 5,50

dem höchst lästigen Anlaufen bewahrt bleiben. Die Sapolfabrik (Arthur Wolff jr. Breslau) hat nun eine noch geeignetere Composition für den gedachten Zweck erfunden und in kleinen Tuben unter dem Namen „Brillenglanz“ in den Handel gebracht. Dieser Brillenglanz führt in der That seinen Namen mit Recht und hat dabei vor dem Tubensapol den Vortheil, dass er, auch längere Zeit in der Tasche getragen, nie bröcklig wird.

(Wochenschrift f. Therapie u. Hygiene des Auges, 14. December 1905.)

#### **Ueber einige Hilfsmittel der Bewegungstherapie** referirt

Prof. Dr. A. Eulenburg (Berlin). Er sagt u. a.: „Der bekannte Orthopäde Dr. G. Müller (Berlin) hat unter der Bezeichnung „*Autogymnast*“ einen nach sinnreichen Principien hergestellten Apparat zur Widerstandsgymnastik construiert, der von der Firma W. Anhalt in Colberg in den Handel gebracht wird. Der Apparat besteht im Wesentlichen aus einem um die Taille geschnallten Gurt mit zwei seitlich angebrachten, verstellbaren Ringen, durch die ein elastischer Zug hindurchgeht, der oben in je einen Handgriff, unten in einem Steigbügel endet. Zwischen Steigbügel und elastischem Zug ist ein Schaltstück eingefügt, das, je nachdem es länger oder kürzer gestellt wird, die Spannung des elastischen Zuges vermehrt oder vermindert und auf diese Weise eine genaue Dosirung der Kraftleistung ermöglicht.“ Mit dem Apparat lassen sich sehr verschiedene Uebungen ausführen. Dieselben sollen früh und abends je 5—15 Minuten gemacht werden. Der Apparat kostet 15 Mk. — Aehnliche Zwecke verfolgt der als „*Teuton*“ bezeichnete Zimmerturnapparat von Dr. Kemperdick (von den Industriewerken für heilgymnastische Apparate in Solingen hergestellt), der im wesentlichen aus Kabeln von umspunnenen Gummifäden besteht; dieselben laufen über in Eisenkloben befestigten Holzrollen und sind durch Kreuzstücke und Triangel verbunden. Sie sind als Ruder-, Stemm- und Zugapparate u. s. w. benutzbar (Preis mit vier Kabeln Mk. 18).

(Medicin, Klinik 1905 No. 53.)

#### **Erfahrungen mit Bier'scher Stauungshyperaemie bei acuten**

**Eiterungen** theilt Dr. Habs (Magdeburger Krankenanstalt Sudenburg) mit. Die Stauungsbinde blieb täglich 10—22 Stunden liegen und wurde wesentlich weniger fest angelegt, als bei tuberculösen Processen. Es wurden so ca. 70 Fälle behandelt. In fast allen schwanden die



Schmerzen sehr bald. Die Entzündungserscheinungen gingen meist prompt in 2—4 Tagen zurück, ebenso in uncomplicirten Fällen das Fieber. Die Regeneration der Gewebe erfolgte auffallend rasch und vollkommen. Das Gros der Fälle bildeten *Phlegmonen* und *Panaritien*. Es wurden hier zu Beginn der Behandlung eine oder einige ganz kleine Incisionen gemacht, dann sofort auf etwa 20 Stunden die Binde angelegt, dann vierstündige Pause und neue Binden-application. In allen Fällen prompte Wirkung. In einem allerdings (Nekrose eines Fingers infolge Quetschung mit Handphlegmone) kann es trotz der Stauung am zweiten Behandlungstage zur Ausbildung eines Erysipels, welches vom Unterarm über die Bindeanlegungsstelle hinweg bis zum Rücken kroch, aber schliesslich günstig verlief. In vier Fällen von septischer Vereiterung des Kniegelenks ohne Drainage und Tamponade gute Heilung mit frei beweglichem Gelenk in auffallend kurzer Zeit. Zwei intramusculäre Phlegmonen des Vorderarmes schwerster Art waren auswärts vielfach incidirt; die weithin freiliegenden Sehnen am Vorderarm glanzlos, Muskulatur matsch, schmierig belegt. In beiden Fällen erholten sich Sehnen und Muskeln unter dem Einfluss der Stauungshyperaemie, alle Gewebe blieben erhalten. Diese „gewebserhaltende“ Wirkung war besonders schön zu beobachten bei acuten Sehnenscheideneriterungen an den Fingerbeugern, wovon neun Fälle zur Behandlung kamen. Es wurden hier zwei Incisionen gemacht, eine lateral neben dem Endgelenk, die andere an der entgegengesetzten Seite des Grundgelenks, die Sehnenscheiden eröffnet, der Eiter entleert, aber nicht tamponirt, sondern gestaut. In vier Fällen wurden die Sehnen nekrotisch, fünfmal blieben sie erhalten, und davon behielten drei vorzügliche Beweglichkeit, zwei geringe Bewegungsstörungen infolge von Adhaerenzen. *Prophylaktisch* wurde die Stauung in acht Fällen bei infectionsverdächtigen Quetschwunden und complicirten Fracturen angewandt; stets wurde Entzündung vermieden.

(Wiener klin. Rundschau 1906 Nr. 46.)

- **Fascol in der Gynaekologie** hat Dr. P. Huth (Berlin, Prof. Nagel's Poliklinik) bei 40 Pat. erfolgreich angewandt. Unguent. Fascol. ist eine grünliche, fast geruchlose Masse von der Consistenz einer weichen Paste. Sie wird in den Handel gebracht als Salbe (zu 50 g) und als Fascolkapseln (23 Stück in der Schachtel). Als Constituens dient Wollfett und Eibischsalbe, dann sind enthalten Resorcin und

Bismuth. subgallic. und als wesentlichster Bestandtheil „Fascol“, ein bituminöses Mineral, das eine gewisse Verwandtschaft zum Ichthyol hat, sich von letzterem aber durch seinen Gehalt an Calcium, Ferrum und Silicium unterscheidet, somit eine schwach adstringirende Wirkung vor dem Ichthyol voraus hat. Am bequemsten ist die Anwendung der Fascolkapseln (2—3 mal wöchentlich), die nach Ausspülung und Austupfung der Scheide in dieselbe eingeführt werden und durch einen Tampon festgehalten (bei schlaffer Scheide event. durch zwei) werden. Nach 2—3 Minuten ist die Gelatinekapsel gelöst. Will man die Salbe anwenden, so empfiehlt es sich, auf die vordere Kuppe eines Tampons eine ca. haselnussgrosses Stück aufzustreichen. Den Tampon bringt man nicht, wie üblich, erst nach Einführung des Speculums in die Scheide, wobei man ihn durch die ganze Länge des Speculums schieben muss, sondern man verfährt folgendermaassen: Man bringt den Tampon vorher von dem schräg abgeschnittenen Ende des Speculums aus in das vordere Drittel desselben, führt nun das mit dem Salbentampon armirte Speculum in die Scheide ein und schiebt den Tampon ins Scheidengewölbe; so bleibt nicht die Hälfte der Salbe an den Wandungen des Speculums haften. Auffallend war stets die rasch eintretende analgesirende Wirkung des Fascols. Bei einigen Fällen von Cystitis mit starkem Schmerz brachte Autor Fascol auf einer Playfair'schen Sonde in die Harnröhre, wodurch das Brennen auf 1—2 Tage völlig aufhörte. Die Hauptindication aber bilden chronische oder subacute Entzündungen der Parametrien, besonders wenn sie mit heftigen Schmerzen verbunden sind, pelveoperitonitische Processe, frische Schrunden am Scheideneingang, Rhagaden am After, periostitische Processe am Beckengürtel. Fascol ist den besten Resorbentien, Jod und Ichthyol, an die Seite zu stellen; es machte nie unangenehme Nebenerscheinungen.

(Die Therapie der Gegenwart, November 1905.)

- Die **Greifschere** nennt Dr. C. Möller (Erkner) ein von ihm erdachtes Instrument, das bei der Krankenpflege gute Dienste leisten dürfte. Er kam auf diese Idee, als ihm eine an Netzhauterkrankung leidende Pat. klagte, dass sie beim Bücken und Aufheben von kleinen Gegenständen recht unangenehme Empfindungen habe und daher sehr oft auf die Hülfe anderer Personen angewiesen sei. Autor liess von einem Tischlermeister (Rill in Erkner) eine

Schere nach Art der Péan'schen Arterienklemme anfertigen, aus Nussbaumholz, der bequemeren Reinigung wegen polirt, ganz leicht, 75—80 cm lang, am unteren Ende mit einer kolbigen Verdickung, die an der Innenseite eingekerbt ist, versehen, damit kleine und glatte Gegenstände gefasst und festgehalten werden können. Diese Greifschere hat sich gut bewährt. Sie eignet sich für Leute, die durch acute oder chronische Krankheiten ans Bett gefesselt sind, für Gichtiker, Rheumatiker, Tabiker, Pat. mit Neigung zu Gehirncongestionem beim Bücken etc.

(Deutsche med. Wochenschrift 1905 No. 45.)

## Bücherschau.

- Das Schilling'sche **Kompendium der ärztlichen Technik**, das jetzt in 2. *Auflage* — erweitert und vermehrt — erschienen ist (Würzburg, A. Stuber's Verlag. Preis gebd. Mk. 10) ist ein Buch, dessen Studium besonders den jüngeren Collegen warm empfohlen werden muss. Das Werk, dessen Inhalt durch 454 Abbildungen in sehr instructiver Weise ergänzt wird, enthält 23 Kapitel, in denen behandelt wurden: Inspection, Palpation, physikalische Diagnostik, chemische Untersuchungsmethoden, mikroskopisch-bacteriologische Diagnostik, Desinfection, Desodorisation und Sterilisation, Anaesthesie und Narkose, Sondirung, Katheterismus, Spiegeluntersuchung, Punction und Aspiration, Injection, Irrigation, Infusion, Insufflation, Transfusion, Mechanotherapie, Erasion und Kauterisation, Elektrodiagnostik, Elektrotherapie, Galvanokaustik und Elektrolyse, Respiratorische Therapie, Hydrotherapie, Photodiagnostik, Phototherapie, Thermotherapie, Impfung, Inoculation, kleine Chirurgie, Krankenpflege. Wahrlich, ein reiches Programm, das auf etwa 500 Seiten erledigt wird. Aber der Autor hat es verstanden, alle die genannten wichtigen Gegenstände klar und anschaulich darzulegen, und so ein Werk geschaffen, welches dem Arzte sehr erspriessliche Dienste leisten wird.
- Von Eichhorst's **Handbuch der speciellen Pathologie und Therapie**, das jetzt in 6. *Auflage* erscheint (Urban & Schwarzenberg, Wien und Berlin), liegt jetzt Bd. II vor, welcher die Krankheiten des Verdauungs-, Harn- und

Geschlechtsapparates behandelt. Eine Empfehlung des bei allen deutschsprechenden Aerzten hochgeschätzten und in fast alle fremden Sprachen übersetzten Werkes ist wohl überflüssig, und es braucht auch kaum betont zu werden, dass der Autor auch bei dieser Auflage alle Ergebnisse der neuesten Forschungen berücksichtigt und in Hinsicht darauf die meisten Abschnitte mehr oder weniger umgearbeitet hat. — Im gleichen Verlage erschien die erste Hälfte von K. v. Bardeleben's **Lehrbuch der systematischen Anatomie des Menschen** (Preis: Mk. 10). Im Vorworte des Buches sagt der Verfasser, der bekannte Jenaer Anatom: „... es wird versucht, auf Grund der Errungenschaften der Forschung der letzten Jahrzehnte eine Darstellung der menschlichen Anatomie zu geben, die *allen* Anforderungen, wissenschaftlichen wie praktischen, gerecht wird. Vor allem ist Verfasser bestrebt gewesen, eine *klare Sprache* zu reden, eine durchsichtige Darstellung der Thatsachen zu geben, auch in die schwierigeren und dunkleren Kapitel der Anatomie so weit wie möglich Helle zu verbreiten, das klar Erkannte nicht durch missverständliche Stilwendungen zu verschleiern, aber auch das noch Unklare, ungenügend Erforschte als solches hinzustellen.“ Schon in der ersten Hälfte, welche „Allgemeines, das Skelett- und Muskelsystem“ enthält, erkennt man, dass der Autor dies Programm in vollendeter Weise durchgeführt hat. Die anatomische Literatur hat eine sehr werthvolle Bereicherung erfahren, und Aerzte wie Studirende werden mit grossem Nutzen und Genuss das Werk studiren. — Von dem grossen Lieferungswerke: **Die Deutsche Klinik am Eingange des 20. Jahrhunderts** liegen die Lieferungen 155 — 166 vor. Wir nennen von den darin erschienenen Arbeiten: „Neuritis und Polyneuritis“ von R. Cassirer, „Die Melancholie“ von R. Wollenberg, „Die alkoholischen Geistesstörungen“ von K. Bonhoeffer, „Epileptische Geistesstörungen“ von H. Liepmann, „Icterus und Leberinsufficienz“ von O. Minkowski, „Die Untersuchung der Faeces“ von J. Strasburger, „Die chronische Perityphlitis“ von J. Boas, „Die Wohnung und ihre Beziehung zur Tuberculose“ von M. Rubner, „Ueber Wirbelsäulenversteifung“ von M. Fränkel, „Die Nierensteinkrankheit“ von G. Klemperer, „Ueber Myelitis“ von E. v. Leyden und P. Lazarus, „Progressive Muskelatrophieen“ von Fr. Schultze.

- In der eben erschienenen Nummer der „**Zeitschrift für Tuberculose**“ (Verlag von J. A. Barth in Leipzig) hat Professor Robert Koch in Berlin seine Nobel-Vorlesung: Ueber den derzeitigen Stand der Tuberculose-Bekämpfung veröffentlicht. Er giebt eine Uebersicht über die Massregeln die im Kampfe gegen die Tuberculose sich bewährt haben und führt besonders aus, dass nach seinen eigenen Untersuchungen eine Uebertragung der Rindertuberculose auf den Menschen so gut wie ausgeschlossen ist. Der Aufsatz dürfte auch ausserhalb des eigentlichen Aerzte-Publikums Interesse erwecken. Ein vortreffliches Portrait Kochs schmückt das Heft, das wegen seiner anderen Aufsätze von Prof. Kossel, Prof. de la Camp, Direktor Gerhard usw. Beachtung verdient.
  
- Teil II des Börner'schen **Reichs-Medizinal-Kalenders** (Verlag von G. Thieme, Leipzig), herausgegeben von Prof. Dr. J. Schwalbe, bringt wieder nicht nur die Personalien der deutschen Civil- und Militärärzte, wie stets, mit grosser Genauigkeit zusammengestellt, sondern auch gerichtlich Entscheidungen, sanitäre Gesetze, Bekanntmachungen, Erlasse etc. des verflossenen Jahres, die medicinischen Facultäten von Deutschland, Oesterreich, Schweiz, Mittheilungen über das ärztliche Fortbildungswesen, die Organisation des ärztlichen Standes, den Wortlaut des neuen preuss. Seuchengesetzes und vieles andere. Dieser Theil des bekannten Kalenders wird also wieder als Nachschlagebuch dem prakt. Arzte ausgezeichnete Dienste leisten.
  
- **Verhaltensmaassregeln für Gonorrhoeiker** hat die Firma J. D. Riedel in Berlin N. 39, die Darstellerin des *Gonosan*, in Form von *Abreiss-Blocks* publicirt und stellt solche Blocks den Aerzten kostenlos zur Verfügung. Es wird manchem Collegen vielleicht angenehm sein, seine Pat. solche Verhaltensmaassregeln schwarz auf weiss mit nach Haus geben zu können,



# Excerpta medica.

Kurze monatliche Journalauszüge

aus der gesamten Fachliteratur

zum Gebrauch für den praktischen Arzt.

Herausgegeben von Dr. med. Eugen Graetzer in Sprottau.

Verlag von Carl Sallmann, Leipzig.

März

XV. Jahrgang

1906

## Anaemie, Chlorose. Ueber Beeinflussung von Blut-

krankheiten durch das Erysipel spricht Dr. Ed. Stadler (Medicin. Klinik Leipzig) anlässlich eines schweren Falles von *perniciöser Anaemie*, welcher einen plötzlichen Umschwung zur Besserung zu zeigen begann in unmittelbarem Anschluss an das Auftreten eines Erysipels. Nach 5tägigem tiefem Coma, während dessen alle Erscheinungen auf den nahen Exitus hinwiesen, setzte 1½ Tage nach Beginn der Gesichtsrose die Reconvalescenz ein, und es prägte sich die tiefgreifende Veränderung auch im Blutbilde ganz eclatant aus. Wodurch ist nun dieser plötzliche Umschwung im Krankheitsbilde hervorgerufen? Ist das Erysipel als das auslösende Moment dafür anzusprechen oder soll man dasselbe vielmehr als zufällige Complication auffassen, welche mit der Aenderung des Allgemeinzustandes nichts zu thun hat? Es sind ja bei der perniciösen Anaemie derartige „Blutkrisen“ beschrieben worden, ohne dass eine besondere Ursache für ihr Eintreten zu finden gewesen wäre. In obigem Falle setzte die Krise 36 Stunden nach dem Auftreten des Erysipels ein. Da hiesse es die Skepsis zu weit treiben, wollte man jeden Zusammenhang dieser beiden Erscheinungen ableugnen. Man hat auf Grund analoger Beobachtungen bei anderen Krankheiten wohl das Recht anzunehmen, dass das Erysipel den ersten Anstoss zur Regeneration des Blutes und damit zur Einleitung der Reconvalescenz gegeben hat. Bei localen Erkrankungen der Haut ist die heilende Wirkung des Erysipels längst bekannt, und auch bei allgemeinen

constitutionellen Erkrankungen wurde dieselbe schon beobachtet. Durch welche Factoren diese Reaction ausgelöst wird, das entzieht sich allerdings unserer Kenntniss.

(Münchener med. Wochenschrift 1906 No. 2.)

— **Ueber subcutane Injectionen von Nucleogen** schreibt

Dr. Stakemann (Rotenburg i. Hann.): „Seitens des physiologisch-chemischen Laboratoriums von Hugo Rosenberg in Berlin wurde mir auf mein Ersuchen eine Probe Nucleogen freundlichst zu Versuchszwecken übersandt. Das Mittel, aus nucleinsaurem Eisen in organischer Verbindung mit Arsen bestehend, wird sowohl in kleinen, im Autoclaven sterilisirten und zugeschmolzenen Glasphiolen zu etwa 1 ccm zur subcutanen Injection, als auch zum innerlichen Gebrauch in Form von Tabletten bei Bleichsucht und Schwächezuständen mancherlei Art empfohlen. Ich wandte das Mittel zunächst bei einer bleichstüchtigen jungen Schwester an, hiess sie eine Spritze mit Alkohol sterilisiren und sich von einer anderen Krankenschwester in den linken Arm eine Injection machen. Letztere sollte nach Vorschrift des Instituts jeden zweiten Tag wiederholt werden, bei Kindern jeden zweiten Tag  $\frac{1}{2}$  Phiole. Schon wenige Stunden nach der Injection kam die Kranke zu mir mit heftigen Schmerzen und mit dem Gefühl von Bleischwere im linken Arm; es fand sich eine rosenartige, heftige Röthung in Kleinhandtellergrösse um die Stichöffnung herum. Die Stelle fühlte sich sehr heiss an, im Bereich der Röthe war der Arm stark angeschwollen und bot überhaupt alle Anzeichen einer beginnenden Phlegmone. Am nächsten Morgen, nach völlig durchwachter Nacht, waren sämmtliche Erscheinungen noch verschlimmert und die Geschwulst bis über den Ellbogen und nach unten bis in die Nähe des Handgelenks fortgeschritten. Nur ganz allmählich verlor sich dieselbe bei Bettruhe, Hochlagerung und feuchten Umschlägen. Von einer weiteren Injection sah ich im völligen Einverständniss mit der Schwester natürlich ab. Da ich nun der Meinung war, es sei durch eine unreine Canüle eine Infection erfolgt, so machte ich mir selbst mit ausgekochter Canüle und Spritze nach sorgfältigster Reinigung des Armes mit Seife, Aether und Alkohol eine Injection, welche ganz dieselben Entzündungserscheinungen hervorrief, wie im ersten Falle. Ich konnte den linken Arm mehrere Tage lang nicht gebrauchen und musste mich sogar beim Ankleiden unterstützen lassen: noch heute, 8 Tage nach der Injection

fühle ich eine gewisse Schwere in dem Arm. Eine nochmalige Injection zur etwaigen Constatirung, ob nach einmaliger Einverleibung vielleicht eine Gewöhnung eintrete, machte ich nicht, weil mir der Versuch zu heroisch erschien. Nach diesen üblen Erfahrungen kann ich eine allgemeine Anwendung des Mittels für die Praxis nicht empfehlen. Ueber die interne Anwendung des Nucleogens in Tablettenform stehen mir Erfahrungen noch nicht zu Gebote.“

(Münchener med. Wochenschrift 1906 No. 1.)

**- Recepte aus der I. medicin. Klinik der Universität Berlin für Anaemie.**

1. Arsenpräparate per os.

Rp. Sol. arsenical. Fowleri . . . 10,0

Tet. Chinae comp. . . . . 20,0

MDS. 3mal täglich 5 Tropfen in Wasser zu nehmen, bis 3mal 12 Tropfen steigen.

2. Arsenpräparate subcutan.

Rp. Atoxyl . . . . . 1,0

Aq. dest. . . . . 10,0

MDS. Zur subcutanen Injection 3mal wöchentlich einen ccm injiciren. Wenn verbraucht, 14 Tage pausiren, dann wieder die gleiche Menge verschreiben und injiciren.

3. Kakodylpräparat.

Rp. Ferri Kakodylici . . . . . 0,5

Aq. dest. . . . . 10,0

Täglich (bei wochenlanger Anwendung jeden zweiten Tag) eine Spritze (1 ccm).

4. Arsenhaltige Wasser.

Rp. Val-Sinestra-Wasser.

2mal täglich 1 Weinglas nach dem Essen.

5. Organische Eisenpräparate.

Perdynamin.

Rp. Perdynamin 1 Flasche.

3mal täglich 1 Theelöffel.

6. Eisen mit Lecithin.

Perdynamin-Lecithin.

Rp. Perdynamin-Lecithin 1 Flasche.

3mal täglich 1 Theelöffel.

Mit Mangan.

Eisen-Mangan-Pepton Liquor Gude 1 Flasche

3mal täglich 1 Theelöffel.



## 7. Weizeneiweiss mit Lecithin.

Glidin pro Tag 50 g in die Nahrung eingeführt.

(Medicin. Klinik 1906 No. 3.)

**Blutungen. Combinirte Verordnungen von Arzneimitteln**

empfiehlt Prof. Dr. E. Kisch (Prag) als besonders wirksam bei gewissen Krankheitszuständen. So hat sich ihm bei schweren Menorrhagieen, klimakterischen Uterinblutungen, B. infolge von Uterusmyomen und mannigfachen atypischen B. folgende Combination ausserordentlich gut bewährt:

Rp. Tinct. haemostypt. Denzel.  
 Extr. Hydrast. canad.  
 Extr. Gossyp. herb.  
 Extr. Hamamel. Virg. fluid. aa 10,0.  
 MDS.  $\frac{1}{2}$ stündlich 10 Tropfen zu nehmen.

Bei Reizzuständen des Parametriums und Peritoneums (zuweilen des Darmes) ist es vortheilhaft, statt grosser Dosen Opium zu ordiniren:

Rp. Tct. Opii simpl. 5,0  
 Tct. Cinnamom.  
 Tct. Valer. aeth. aa 10,0  
 MDS. Stündlich 10—15 Tropfen zu nehmen.

(Die Therapie der Gegenwart, Januar 1906.)

— Herr Dr. Einer (Siegen) überliess uns freundlichst folgenden Artikel zur Publication: **Ein Beitrag zur Kasuistik der Embolie der Bauchorgane.** O., Fabrikarbeiter, 43 Jahre alt, von gesunden Eltern stammend, will früher nie ernstlich krank gewesen sein, insbesondere nicht an einer Magen- oder Darmkrankheit gelitten haben. Seit einem Jahre verspürt er Herzbeschwerden, die sich in Herzklopfen, Brustbeklemmung und Athemnoth, besonders bei körperlichen Bewegungen äussern. In der Nacht vom 6. zum 7. September 1905 erkrankte er plötzlich unter grosser Mattigkeit, Uebelkeit, Erbrechen von schleimigen Massen, mässigen Schmerzen in der linken Seite und unerträglichen Schmerzen in der Magengegend. Letztere hielten zwei und einen halben Tag in unverminderter Heftigkeit an und verschwanden gänzlich, um plötzlich in derselben Stärke wieder aufzutreten, sodass Patient sich krümmte und fortwährend laut stöhnte. Am dritten Tage traten

schmerzlos erfolgende copiöse Darmblutungen von hellrothem Blute auf, welchem schwärzliche, krümelige Massen beigemengt waren. Nachdem die zweite Schmerzattaque allmählich nachgelassen hatte und die Schmerzen in geringerem Grade zwischen Nabel und Blasengegend fortbestanden, stellten sich heftige Schmerzen im linken Bein, sowie ein Gefühl von Taubsein und Schwäche in demselben ein, während der linke Unterschenkel eiskalt wurde. Patient wurde jetzt ins Krankenhaus aufgenommen, wo der Zustand sich allmählich besserte und besonders die blutigen Stühle normalen Platz machten. Doch nahmen die Körperkräfte immer mehr ab, und nach vierzehn Tagen erfolgte der Exitus. Die erste Untersuchung im Hause des Patienten hatte folgenden Befund ergeben: Ich fand O. vorn übergebeugt im Bette sitzend und laut stöhnend über furchtbare Schmerzen in der Magengegend. Das Gesicht war sehr blass, eingefallen und mit kaltem Schweiß bedeckt, die Nase kühl. Der Puls war sehr klein, erfolgte 100mal in der Minute und war regelmässig. Es bestand mässiges Lungenödem, sonst war an der Lunge nichts Krankhaftes nachzuweisen. Die Herzdämpfung reichte bis an den rechten Sternalrand, nach links annähernd bis zur Brustwarzenlinie. Die Herztöne waren rein, aber es bestand Galopprrhythmus. Der Leib war nicht aufgetrieben, eine Dämpfung nicht vorhanden, die Leber deutlich, die Milz nicht nachweisbar vergrössert. Die Magengegend war nicht übermässig druckempfindlich. Während des Krankheitsverlaufes trat nur einmal ein Fieber von  $38,4^{\circ}$  auf. Der Urin zeigte leicht blutige Färbung und enthielt geringe Mengen Eiweiss. Für die Diagnose kamen besonders folgende Krankheiten in Betracht: Gastralgie, Ulcus ventriculi, Peritonitis circumscripta, Cholelithiasis, Sialolithiasis, Pankreasapoplexie, Embolie der Art. renalis, lienalis und mesenterica superior und inferior. Ich will der Kürze halber auf die Differentialdiagnose nicht näher eingehen und hier gleich hervorheben, dass nach meiner Ansicht die Annahme einer Embolie viel für sich hatte. Denn die genannten Herzbeschwerden und die nachgewiesene Vergrösserung des Herzens deuteten auf eine chronische Endocarditis hin, bei welcher sich Blutgerinnsel gebildet, die ihren Weg in mehrere Arterien genommen hatten. Für eine Embolie konnte der Umstand sprechen, dass die unerträglichen Schmerzen in der Magengegend nach zwei Tagen völlig geschwunden waren und nun von Neuem mit derselben Heftigkeit auftraten, was von einer

zweiten Embolie herrührte, sowie der fast völlig fieberlose Verlauf bis auf eine einmalige Temperaturerhöhung auf 38,4° C. Die Diagnose wurde weiter gestützt durch die am linken Unterschenkel auftretenden Erscheinungen, die nur auf eine Embolie der A. poplitea zurückgeführt werden konnten. Im Uebrigen kamen, wie gesagt, Embolie der Art. renalis, lienalis und mesenterica sup. u. inf. in Betracht. An eine Embolie der A. lienalis hatte ich nicht gedacht, dagegen wurde Embolie der A. renalis in den Bereich der Diagnose gezogen, denn der Urin war leicht blutig gefärbt. Leider war die mikroskopische Untersuchung desselben unterblieben, denn die Anwesenheit von Blut in demselben hätte mit Nothwendigkeit auf eine Embolie der A. renalis hinweisen müssen, zumal die letztere von Embolien unter den Bauchartern bevorzugt wird. Doch fehlte andererseits jeder spontane — und Druckschmerz in der Nierengegend. Daher entschied ich mich für eine Embolie der A. mesenter. sup. resp. inf., obgleich dies ein sehr seltenes Vorkommniß ist. Aber der Sitz der enormen Schmerzen in der Magengegend, sowie die profusen Darmblutungen liessen lebhaft das genannte Leiden vermuthen. Das Ergebniss der Section, welcher ich leider nicht hatte beiwohnen können, überzeugte mich, dass die Deutung der Krankheitsbilder und die Diagnose im Allgemeinen richtig gewesen waren, denn es fand sich einmal ein enorm vergrössertes Herz, sodann ein thalergrösser Infarct in der Milz und ein markstückgrosser Infarct in der linken Niere. Eine Embolie der A. mesenter. sup. oder inf. soll nicht gefunden worden sein. Dann müsste man die Darmblutungen als Stauungsblutungen auffassen, wie sie bei Endocarditis öfter vorkommen sollen. Auch Gallen- und Pankreassteine sind nicht nachgewiesen worden.

**Diabetes.** Ueber die Hemmung der Nylander'schen Zuckerreaction bei Quecksilber- und Chloroformharn lässt sich Dr. H. Bechhold (Frankfurt a. M., Kgl. Institut f. experim. Therapie) aus. Vor kurzem wurde derselbe von einem Bakteriologen gebeten, dessen Harn auf Zucker zu untersuchen; bei Prüfung mit dem Nylander'schen Reagens negatives Resultat. Nach Zusatz von Traubenzucker zum Harn ebenfalls nach dem üblichen 5 Minuten langen Kochen keine Dunkelfärbung; erst viel längeres Erhitzen bewirkte geringes, nach und nach zunehmendes Dunkelwerden. Der

Herr wies darauf hin, dass er seine Hände sehr häufig mit Sublimat wasche, sodass vielleicht Hg im Spiele sein könnte. In der That zeigte sich, dass ein Zusatz von Quecksilberchlorid zu normalem Harn eine Verzögerung im Eintritt der Dunkelfärbung bei der Nylander'schen Reaction bewirkt. Auch 2 weitere Herren, die sich viel mit Sublimat waschen, hatten einen Harn, der Nylander hemmt, während bei anderen, die nicht minder viel Sublimat gebrauchen, eine Hemmung nicht zu beobachten war. 10 Harnproben von mit Quecksilberinjectionen behandelten Syphilitikern gaben sämtlich eine Hemmung der Nylander'schen Reaction, und zwar im Allgemeinen um so stärker, je mehr Injectionen die Pat. erhalten hatten. Ausser Hg bewirken auch Eiweiss, Albumosen, Thymol und Chloroform Hemmung der Nylander'schen Zuckerreaction. Die Zuckerprüfung mit Fehling'scher Lösung oder nach Trommer wird durch Hg und Chloroform nicht beeinflusst. Bei der Zuckerprüfung gilt es als Regel, sich mit *einem* positiven Befunde nicht zu begnügen, sondern auch noch nach anderen Verfahren zu untersuchen, ob wirklich Zucker vorliegt; bei negativem Befunde pflegt man sich hingegen auf *eine* Prüfungsmethode zu beschränken. Das ist also nach dem Gesagten nicht zulässig. Wer sich viel mit Sublimat wäscht, wer eine Quecksilbercur durchmacht u. s. w., kann einen Harn haben, der in der üblichen Kochzeit von 5 Minuten mit Nylander'schem Reagens keinen Zucker erkennen lässt. Oft ist es auch bei Kranken üblich, Nachttöpfe mit Sublimat auszuspülen oder einen Harn behufs Conservirung mit Chloroform zu versetzen; solche Harne, sowie Harne mit einem Albumosengehalt können eine Täuschung in Bezug auf ihren Zuckergehalt veranlassen. Es muss daher als Regel gelten, dass jeder auf Zucker zu untersuchende Harn nach 2 verschiedenen Methoden zu prüfen ist, gleichgültig ob man bei der 1. Prüfung Zucker fand oder nicht. Ferner könnte man daran denken, jene Reaction als Prüfstein dafür zu benutzen, ob bei jemandem eine Quecksilbersättigung des Organismus bereits eingetreten und Grund vorhanden ist. Massregeln zur Verhinderung von Schädigungen zu ergreifen.

(Hoppe-Seyler's Zeitschr. f. physiol. Chemie 1905 Heft 4.)

— **Ueber Pankreaserkrankungen während des D.** lässt sich Dr. F. Hirschfeld (Berlin) aus und kommt zu folgenden Schlüssen: Nach dem klinischen Befunde können wir in folgenden Fällen einen *Pankreasdiabetes* annehmen: Erstens.

sobald eine Störung in der Resorption der Nahrung, insbesondere der Eiweissstoffe und Fette als ein Zeichen des Fehlens des Pankreassecrets nachgewiesen ist, dann in den Fällen, in denen während des Lebens Anfälle von Erkrankungen der Bauchspeicheldrüse beobachtet werden. Für die Diagnose dieser Pankreaserkrankungen kommen zuerst die Schmerzanfälle in Betracht, bei denen die Verwechselung mit Gallensteinkolik, Angina pectoris und Magenleiden naheliegt. Oft sind die Schmerzanfälle so wenig ausgeprägt, dass keine spontanen Angaben darüber gemacht werden. Einen sicheren Beweis für Pankreaserkrankungen liefert eine acut auftretende Verschlimmerung der diabetischen Functionsstörungen. Selbstverständlich ist es hierbei notwendig, dass die Patienten immer annähernd regelmässig gelebt haben, und dass auch häufiger ihr Urin untersucht worden ist. Ferner ist ein wichtiger Beweis die Feststellung einer Circulationsstörung, das Ausbleiben der reichlichen Urinausscheidungen nach einer stärkeren Flüssigkeitszufuhr. Man kann diese Probe erst nach Ablauf von acuten Erscheinungen anstellen. Gelegentlich findet man auch bei solchen Fäden Oedeme an den Extremitäten. Nach den bisherigen Beobachtungen beträgt die Dauer dieser Anfälle 1 bis 4 Monate; meist verlaufen sie günstig. Sie haben jedoch die Neigung, nach verschiedener Zeit wiederzukehren. Ausserdem bleibt bisweilen eine geringe Verschlechterung in der Ausscheidung der Kohlehydrate zurück. Ferner muss man befürchten, dass ein vorher schon mittelschwerer oder schwerer Diabetes nach einem schweren Anfall in Folge einer Pankreaserkrankung in Coma übergeht und dadurch zum Tode führt. Das auf Grund von Magendarmstörungen sich gewissermaassen spontan entwickelnde Coma ähnelt in seinen klinischen Erscheinungen, der Neigung zu Recidiven und der acuten Verschlimmerung der Stoffwechselstörungen dem Bilde, das die acute Pankreaserkrankung sehr häufig bietet.

(Berliner klin. Wochenschrift 1906 No. 52.)

Ueber **2 durch Thiosinamin- resp. Fibrolysininjectionen erfolgreich behandelte Fälle von Dupuytren'scher Fingercontractur bei Diabetikern** berichtet Sanitäts-Rath Dr. Tescheacher (Neuenahr). Die Dupuytren'sche Fingercontractur findet sich bei Diabetikern ziemlich häufig. Sie konnte bisher nur operativ beseitigt werden, und Operationen bei D. sind bekanntlich stets riskant. Autor versuchte nun durch Thiosinamin- resp. Fibrolysininjectionen

einzuwirken. Thiosinaminjectionen befriedigten nicht ganz. Sie hatten ja auch in einem Falle Effect, aber dieser kam langsam zustande und die Injectionen waren recht schmerzhaft. Anders bei dem von Mendel empfohlenen Thiosinaminpräparat *Fibrolysin* (Merck), das Autor in einem Falle anwandte. In der 1. Woche wurde 4 mal, in der 2. Woche 5 mal, sodann täglich eine ganze Spritze der in gläsernen Ampullen enthaltenen Lösung in die Glutäen injicirt. Die Injectionen waren bei dem sehr empfindlichen Pat. fast gänzlich schmerzlos und hatten nie Abscessbildung im Gefolge. Bereits nach 12 Injectionen sichtliche und fühlbare Besserung in der Beweglichkeit der Finger und in der Consistenz des narbenartigen Stranges in der Hohlhand; bei Beendigung der Cur (nach 19 Einspritzungen) konnten die beiden Finger fast wie im normalen Zustand activ gestreckt werden, der Wulst in der Hohlhand fühlte sich völlig erweicht an. Dieser Fall zeigt, dass man in solchen Fällen, ehe man zur Operation schreitet, stets diese Fibrolysincur versuchen sollte.

(Therap. Monatshefte, Januar 1906.)

### **Gonorrhoe. Ueber Santyl, ein neues Antigonorrhoeicum.**

berichtet Dr. R. Kaufmann (Frankfurt a. M.). Es ist dies der Salicylsäureester des Santalols (Fabrik Knoll & Co., Ludwigshafen), ein gelbes Oel von leichtem, aromatischem Geruch und fast geschmacklos, sodass man es sehr gut in Tropfenform (am besten in Milch, aber auch in Wasser oder pur) nehmen kann, bei der solche Mittel entschieden besser wirken, als in Kapseln. Es macht keine Magenbeschwerden und reizt die Nieren nicht. Man ordinirt 3 mal täglich 25—30 Tropfen, während des Essens oder nach dem Essen zu nehmen, oder 2 mal täglich (früh und abends) je 40—50 Tropfen. Das Mittel bewährte sich besonders gut bei acuter G. (die daneben auch local behandelt wurde), glänzend bei Gonorrhoea posterior, wo auffallend rasch Besserung auftrat. Bei chronischer G. war die Wirkung nicht so deutlich. Sehr gut war der Effect dagegen bei nervösen Störungen nach einer G. (Kitzeln und Brennen in der Harnröhre, Nachträufeln etc.). Santyl besitzt die Vorzüge eines guten Santalpräparates und weist zugleich die Wirkung der Salicylsäure auf.

(Monatshefte für prakt. Dermatologie 1905, Bd. 41 No. 11.)

- **Ueber rectale Application des Gonosans gegen G.** berichtet R. Müller (Wohlen). Ein 4jähriges, an Vulvitis blennorrhoeica leidendes Mädchen zerbiss die Gonosankapseln, bekam auch solchen Ekel und Brechreiz davon, dass diese Therapie nicht fortzuführen war. Es wurden Waschungen mit Solut. plumb. acet. und Zink. sulfuric. gemacht, täglich ein Sitzbad von  $\frac{1}{5}$  pro mille Sublimat gegeben, aber nach 2 Wochen war der Status noch der gleiche. Da versuchte Autor Gonosan in Form von Klysmen zu appliciren. Er liess 10 Kapseln in 100 g Leberthran lösen und brachte mit einer kleinen Spritze und langem, elastischem Katheter 2 mal täglich 10, dann 20 g hoch ins Rectum hinauf. Innerhalb 15 Tagen wurde so der Inhalt von 26 Kapseln verabreicht; die Klysmen wurden ausgezeichnet vertragen. lange (4—12 Stunden) zurückbehalten und fast vollständig resorbirt. Die Heilung machte sich schon am 2. Tage bemerkbar und war nach 16 Tagen eine vollständige und dauernde.

(Correspondenz-Blatt f. Schweizer Aerzte 1906 No. 24.)

- **Die Novargantherapie der G.** empfiehlt Dr. Ed. Schwarz (Prag) auf Grund seiner Erfahrungen. Er beginnt mit  $\frac{1}{4}\%$ igen Lösungen und steigert bis zu  $\frac{1}{2}\%$ igen; grössere Dosen gab er nicht, da er dann durch Combination mit einem zweiten Mittel (Ichthargan) meist Heilung erzielte. Das Präparat wirkt aber auch in hoher Concentration nicht reizend. Es brachte in der Regel nach 8—14 Tagen Ausfluss und Gonokokken zum Verschwinden; Fälle, die Autor schon 3—4 Wochen zuvor mit anderen Mitteln vergebens behandelte, und die nach dieser Zeit noch immer gonokokkenhaltiges Secret aufwiesen, waren in Kürze ohne Ausfluss. Novargan ist eben in Folge seines hohen Silbergehaltes (10%) zur Abtödtung der Gonokokken sehr befähigt und, da es durch keine Alkalien, Säuren oder organische Substanzen gefällt wird, dringt es ohne Schädigung der Gewebe in die Tiefe.

(Therap. Monatshefte, Januar 1906.)

- **Gonorrhoeische Lymphangitis und Gonokokkenmetastasen ohne nachweisbare Schleimhautgonorrhoe** beobachtete Dr. F. Schultz in der dermatolog. Klinik in Bern. Es handelte sich um eine primäre gonorrhoeische Infection der Lymphgefässe des Penis, die mit multiplen Abscessbildungen einherging. Dass letztere gonorrhoeisch waren, bewies der Ausfall der mikroskopischen und culturellen Untersuchung eines subcutanen Abscesses an der Hand.



Bei diesem Abscess fiel auch der Gegensatz zwischen der deutlichen Fluctuation und der äusserst spärlichen Menge blutig-eitriger Flüssigkeit in weichem Granulationsgewebe sehr ins Auge. Diese Beschaffenheit gonorrhöischer Abscesse ist schon von anderen Beobachtern hervorgehoben worden, welche von „coagulirten, blutigen Massen“, „schmierigen Granulationen“ etc. sprachen. Woher stammten aber hier die Metastasen? Autor kommt zu dem Resultat, dass es sich um eine Infection der Lymphgefässe unmittelbar von der Penishaut und an sie sich anschliessende Metastasen gehandelt hat. Dafür sprach die Kürze der Zeit, welche zwischen dem letzten Coitus und dem Auftreten der Lymphangitis lag (4 Tage), dann bis zu einem gewissen Grade auch die Localisation der Lymphangitis bloss in dem proximalen Theil der dorsalen Penislymphgefässe, während bei der gonorrhöischen Lymphangitis urethralen Ursprungs die Erkrankung meist am Sulcus coronarius beginnt; endlich das Fehlen von Gonokokken und jeglicher acuter Entzündung in der Harnröhre. Dass die Gonokokken selbst in die Lymphgefässe eindringen können, ist durch Untersuchungen nachgewiesen. Sie thun es natürlich gewöhnlich von der Schleimhaut aus. Aber a priori ist nicht einzusehen, warum sie nicht auch einmal von der Haut aus in die Lymphgefässe gelangen sollen. Seit wir mit grösster Wahrscheinlichkeit annehmen müssen, dass auch die Hautfollikel gonorrhöisch erkranken können, seit wir gonorrhöische Haut- und Schleimhautgeschwüre kennen gelernt haben, seitdem werden wir die Möglichkeit einer gonorrhöischen Lymphangitis von der Haut aus nicht von der Hand weisen können. Dass eine minimale Hautlaesion von Gonokokken invadirt wird, die Urethra aber frei bleibt, das ist nicht auffallender, als die jetzt schon in einer nicht geringen Anzahl publicirten Fälle, in denen ein paraurethraler oder präputialer Drüsengang sich ohne Urethralinfection gonorrhöisch erkrankt erweist.

(Deutsche med. Wochenschrift 1906 No. 1.)

**Hernien.** Ueber **spontane Reposition von innen bei einem eingeklemmten Leistenbruche** schreibt Dr. K. Schawerda (Wien): „Herr J. B., 72 Jahre alt, erkrankte eines Morgens an einer acuten Einklemmung eines alten Leistenbruches, den er viele Jahre hatte, und gegen den er ein Bruchband trug. Oft war es ihm schon gelungen, den immer wieder

heraustretenden und, wenn er ganz ausgetreten war, melonen-grossen Bruch zu reponiren. Diesmal gelang es nicht. Er mühte sich bis 9 Uhr früh (3 Stunden) vergebens unter grossen Schmerzen und liess, als alles vergebens war, den Arzt holen. Dieser wollte den Mann bewegen, in die nächste grosse Stadt sich transportiren zu lassen, da er allein bei dem alten Herrn die Operation nicht vornehmen wollte. Jedoch war bereits eine sehr grosse Schwäche eingetreten und wurde um Entsendung eines Chirurgen telegraphirt. Derselbe hätte erst um 6 Uhr abends eintreffen können. Indess verschlimmerte sich das Befinden zusehends. Es trat starke Herzschwäche ein, das Sensorium wurde benommen. Der Kranke erkannte seine Familie nicht mehr und bekam um 3 Uhr nachmittags Miserere. Mit einem Male setzte ein derart heftiges Erbrechen ein, dass alles glaubte, es sei das Ende gekommen. Durch dieses heftige Erbrechen, das im ganzen Hause gehört wurde, entstand eine Spontanreposition der eingeklemmten Darmschlingen und der dem Tode nahe Kranke verliess nach kurzer Zeit das Bett.“

(Wiener klinisch-therap. Wochenschrift 1906 No. 1.)

- **Brucheinklemmung einer Appendix epiploica** hat Prof. Dr. v. Bruns (Tübingen) beobachtet und schreibt darüber: „Die 55jährige Frau, welche bisher keinen Bruch bemerkt hatte, war vor 8 Tagen an Schmerzen in der linken Inguinalgegend und im Unterleib erkrankt. Der beigezogene Arzt hatte eine Hernie constatirt und ohne Erfolg Repositionsversuche gemacht. Bei der Aufnahme in die Klinik fand sich eine linksseitige Inguinalhernie von Hühnereigrösse. Die bedeckende Haut war geröthet und oedematös. Es bestand weder Erbrechen noch Stuhlverhaltung, das Abdomen war nicht aufgetrieben. Bei der sofort vorgenommenen Herniotomie fand sich im Bruchsack etwas Flüssigkeit und ein Gebilde, das sich nach Erweiterung der engen Bruchpforte als eine Appendix epiploica der Flexur erwies. Dieselbe war an ihrer Basis nahe dem Ansatz am Darm eng eingeschnürt und von missfarbigem gangraenösen Aussehen; der Darm selbst war vollständig unverändert. Nach dem Abbinden der Appendix und Versenken des Darms wurde die Radicaloperation der Hernie ausgeführt und primäre Heilung erzielt. — Eine derartige Beobachtung von isolirter Incarceration einer Appendix epiploica in einem äusseren Bruch ist meines Wissens bisher nicht beschrieben. Ihre praktische

Bedeutung liegt darin, dass die Einklemmung zu Gangraen der Appendix und acuter Vereiterung und Verjauchung des Bruches führen kann. Die Diagnose vor der Herniotomie zu stellen ist nicht möglich, da eben die Erscheinungen einer incarcerirten Hernie ohne Darmverschluss vorhanden sind, welche auch für Einklemmung eines Netzbruchs oder eines Bruchs der Appendix vermiformis oder eines Darmwandbruchs sprechen können.“

(Münchener med. Wochenschrift 1906 Nr. 1.)

### **Insectenstiche. Ueber die örtliche Wirkung des Bengué-**

**Balsams bei Mückenstichen** macht Prof. Dr. E. Harnack (Halle) eine Mittheilung, um zahlreichen Menschen, namentlich solchen, die nach Italien, dem Orient etc. reisen, einen Dienst zu leisten mit der Empfehlung des aus Menthol, Methyl-Salicylat und Lanolin bestehenden und in Tuben in den Handel kommenden Präparats, mit dem Autor bei sich und manchen anderen recht günstige Erfahrungen gemacht hat. Je rascher nach dem Stich die Einreibung erfolgt, desto eclatanter die Wirkung. Das brennende Jucken verschwindet sofort, und die Quaddel zieht sich bald zu einem kleinen Knötchen zusammen. Man kann die Einreibung (stets ein ganz kleines Quantum genügend!) event. wiederholen, halte aber die Augen geschlossen, da die Dämpfe reizen. Der starke Geruch des Präparates stört nicht, da er rasch verschwindet. Ob der Balsam zu ersetzen ist durch folgende Vorschrift (Luxemburger Apothekerverein)

Rp. Menthol. 5,0  
Methyl. salicyl. 25,0  
Lanolin. 90,0,

darüber hat Autor keine Erfahrungen.

(Deutsche med. Wochenschrift 1905 No. 48.)

### **Intoxicationen. Erfahrungen mit Maretin** veröffentlicht

Ed. Steinhauer (Naumburg a. S.) und giebt zunächst seiner Verwunderung darüber Ausdruck, dass Sobernheim in seinem vor einiger Zeit erschienenen Artikel dem Maretin rückhaltloses Lob gezollt hat, mit dem er nur günstige Erfahrungen gemacht haben will. Steinhauer hat das Mittel in 3 Fällen verordnet, bei einem 40jährigen Herrn und einem 25jährigen Mädchen, die beide an Pleuro-

pneumonie litten, sowie in einem Falle von Phthisis pulmonum. Bei allen 3 Pat. musste er Maretin längere Zeit geben, ging aber über 0,2 als Einzelgabe nicht hinaus. In sämtlichen 3 Fällen musste er nun nach einiger Zeit das Medicament wegen erheblicher Blässe und grosser Schwäche der Kranken aussetzen. Dabei trat Dunkel-färbung des Urins auf, durch Haemoglobinurie bedingt. Nach Aussetzen des Mittels verschwanden die Symptome — bei der Phthisikerin war sogar beunruhigender Collaps eingetreten — wieder. Dazu kam, dass das Fieber immer rapid fiel, unter starken, erschöpfenden Schweissen. — I. Lazarus (Berlin), auf dessen Anregung die Sobernheim'sche Arbeit entstanden ist, macht zu vorstehendem Artikel Bemerkungen. Sobernheim hat auf eigenthümliche Urinveränderungen bei der Maretindarreichung aufmerksam gemacht, andererseits aber mit Recht betont, wie prompt Maretin bei Polyarthrits rheumatica wirkt, was auch von anderen bestätigt worden ist. Lazarus selbst verfügt über 1500 Darreichungen bei mehr als 60 Kranken, hat nie Collaps, höchst selten unangenehme Schweisse beobachtet, nie jene schwere Anaemie und nie schwere toxische Erscheinungen im Urin oder Blut gesehen. Er steht nicht an nach wie vor Maretin bei Polyarthrits warm zu empfehlen.

(Deutsche med. Wochenschrift 1905 No. 49.)

— **Ueber giftige und tödliche Wirkungen des Camphers** berichtet Dr. K. Happich (Kgl. Univers.-Frauenklinik Marburg). Veranlasst durch einige unerwartete Todesfälle nach Campherinjectionen, auch bei Eclamptischen, hat derselbe experimentelle Untersuchungen über toxische Campherwirkungen angestellt. Im Körper verbindet sich der Campher alsbald mit der Glukuronsäure zu der unwirksamen Camphoglukuronsäure; der kleinere Theil bleibt unverändert und wird durch die Lungen ausgeathmet. Ein Theil der unverändert bleibenden Camphermenge muss die erhoffte Wirkung auf das Gefässsystem ausüben. Die tödliche Dosis möchte Autor auf 0,1 g Campher, für das Pfund Lebendgewicht bei einem gesunden Menschen oder Thier normiren; die toxische Dosis beträgt der 3. Theil hiervon. Beide müssen tiefer liegen bei Individuen, die im Momente der Injection nicht die nöthige Menge Glukuronsäure zur Unschädlichmachung des grössten, in seiner Menge für uns vorher nicht bestimmbar Campherantheils frei haben. Da die Glukuronsäure als Zwischenproduct bei

der Verbrennung des Traubenzuckers im Organismus entsteht, also durch Verbindung von Traubenzucker mit Sauerstoff, so muss die Giftwirkung früher eintreten bei Menschen oder Thieren, denen die eine der beiden Componenten zur Bildung der Glukuronsäure fehlt oder verkümmert ist, die also im Momente der Injection nicht die genügende Menge Traubenzucker oder Sauerstoff zur Verfügung haben. Diese Vermuthungen fand nun Autor durch Thierexperimente, die er mit 20 Kaninchen anstellte, bestätigt, und seine Untersuchungsergebnisse mahnen zur Vorsicht in der Anwendung des Camphers bei Kranken,

1. mit ungenügender Kohlehydratverarbeitung, cachektische, ausgehungerte event. schwere Diabetiker, event. mit Chloralhydrat Vergiftete;
2. mit unzureichendem Sauerstoffumsatz: mit CO<sub>2</sub> Vergiftete, schwere Herzfehler, fortgeschrittene doppel-seitige Pneumonie, Eclamptische, schwere Sepsis.

Bei eclamptischen und psychischen Erregungszuständen ist Campher unter Umständen auch noch deshalb contraindicirt, weil er seinen Wirkungsansatz im Centralnervensystem hat.

(Centralblatt f. Gynaekologie 1905 No. 52.)

**Einen Fall von Vergiftung mit  $\beta$ -Eucaïn** schildert Dr. J. Kraus aus der Urolog. Poliklinik von Dr. Arthur Lewin (Berlin), wo dieses Mittel seit einigen Jahren ausschliesslich als locales Anaestheticum verwendet wird, ohne dass bisher irgendwelche unangenehme Nebenerscheinungen beobachtet worden wären. Dieser Fall zeigte jedoch, dass das Mittel doch unter besonderen Umständen recht stürmische Erscheinungen hervorrufen kann. Ein 40jähriger, kräftiger, gesunder Mann, absolut nicht neuropathisch veranlagt, hatte eine schwere Stricture der Harnröhre. Es wurde eine interne Urethrotomie gemacht, nachdem vorher 10 ccm der täglich angewandten 2%igen  $\beta$ -Eucaïnlösung in die Urethra eingespritzt worden waren. Nach der Operation und Tags darauf vollständige Euphorie. An diesem Tage sollte daher die Tags vorher durchtrennte Stricture durch harte Bougies gedehnt werden, weshalb wiederum 10 ccm der gleichen Lösung vorher injicirt wurden. Jetzt unmittelbar nach der Einspritzung hochgradige psychische Aufregung und Verwirrung. Pat. zeigte eine beständige Unruhe, gesticulirte mit den Händen, zuckte mit den Gesichtsmuskeln. Sprache lallend, Puls 100, Athmung frequent, Pat. schnappte nach Luft. Sehr heftige spastische Zuckungen, insbesondere an den Armen, Beinen und im

Gesicht, ähnlich epileptiformen Krämpfen und tetanischen Contractionen. Therapie: Wein, Campher, Faradisation der Phrenici, Inhalationen von Sauerstoff. Noch am folgenden Tage Gedankenlosigkeit, am 3. Tage wieder Euphorie. Woher kam hier diese Intoxication? Tausende Injectionen waren bisher ohne I. verlaufen, und die hier benutzte Lösung wurde am gleichen Tage auch bei einer Reihe anderer Pat. in Anwendung gebracht, ohne die geringste Folgeerscheinungen. Pat. war sonst ganz gesund, hatte nie an nervösen Symptomen gelitten. Es blieb also nur die durch die gesetzte Operationswunde erleichterte Resorption des Eucain übrig; es traf das Eucain eine durch mehrere Operationsschnitte gesetzte Wundfläche, drang schnell ein, kam in directen Contact mit dem Lymph- und Blutstromen und konnte so rapid toxische Wirkung entfalten. Der Fall mahnt also, bei nicht intacter Schleimhaut mit Localanaestheticis vorsichtig zu sein.

(Deutsche med. Wochenschrift 1906 No. 2.)

### **Magen- und Darmkatarrhe. Stärke bei Durchfall**

(und Halsbeschwerden) empfiehlt G. Hauffe (Kreiskrankenhaus Gr.-Lichterfelde). Es wurde jüngst flüssige Gelatine und als Ersatz dafür Kalbsfusssuppe gegen Diarrhoe empfohlen. Autor weist nun auf ein ähnliches Verfahren hin, das seit Jahrzehnten von Schweninger angewandt wird: das Stärketrinken, das sich durch Einfachheit und Billigkeit auszeichnet. Stärkemehl wird in heissem Wasser verrührt, bis ein mässig dickflüssiger, sämiger Kleister hergestellt ist. Diese *heisse* Stärkeflüssigkeit wird nur theelöffelweise in Pausen getrunken. Manchmal ist es angebracht, zur Geschmacksänderung etwas Zucker oder Salz zuzusetzen. Die Stärke wurde mit grossem Erfolg bei allen Arten von Durchfällen gegeben, überraschend prompt wirkte sie besonders bei den Durchfällen der Phthisiker. — Aber auch äusserlich, als *Gurgelwasser*, wurde die Stärke angewandt bei *Mund- und Rachenkrankheiten* (Anginen, Diphtherie, luetischen Ulcerationen, Kehlkopfbeschwerden bei Tuberculösen), vor allem bei Geschwüren, und zwar ebenfalls *heiss*. Die schleimige Flüssigkeit überzieht die entzündeten Organe, stumpft deren Empfindlichkeit ab, und ist ungiftig, was besonders in der Kinderpraxis wichtig ist. Bei solchen, die nicht gurgeln können, übt sie beim Schluckact durch das Vorbeigleiten an Zäpfchen und Mandeln ebenfalls die beabsichtigte Wirkung aus.

(Die Therapie der Gegenwart, December 1905.)

- Die von der Fabrik Dr. H. Müller & Co. in Berlin hergestellten **Antiferment-Tabletten** aus Bismuth. subnitrl., Radix rhei, Natr. bicarbonic., Magnes. carbonic. und Elaeosacchar. Menth. piper. empfiehlt Dr. Leo Silberstein (Berlin) als gutes Mittel bei allen Zersetzungs Vorgängen. Durch ihre mild abführende Wirkung bewähren sie sich auch bei chron. Magen- und Darmkatarrhen, Obstipation und atonischen Zuständen des Magens und Darms. Da ihr Geschmack angenehm, können sie auch als Kautabletten Verwendung finden.  
(Therap. Monatshefte, Januar 1906.)

- Eine experimentell-klinische Studie **über den Einfluss der Amara auf die Magenverdauung bei verschiedenen Erkrankungen des Magens** veröffentlicht Dr. M. Lieferschütz (Therap. Klinik der Universität Charkow). Auf Grund seiner Untersuchungen, sowie der Angaben der Litteratur glaubt er folgende Schlüsse aufstellen zu können:

1. Die beste Methode zur quantitativen Analyse der freien sowie gebundenen Salzsäure ist diejenige von Sjöquist-Jaksch.

2. Durch Zusatz von Pepsin bei künstlicher Eiweissverdauung wird die digestive Kraft des Magensaftes nicht nur nicht gesteigert, sondern häufig sogar herabgesetzt.

3. Die Proben auf Propepton und Pepton können, falls die Reaction positiv ausfällt, als Beweis für guten Magenmechanismus nicht gelten, während sie bei starker Hypochlorhydrie bisweilen auf Störung der motorischen Function und des Absorptionsvermögens des Magens hinweisen.

4. Das Nachlassen oder das Fehlen des Appetits ist eine der sehr wichtigen Störungen, die Erkrankungen des Magen-Darm-Apparats begleiten: häufig gelingt es, einzig und allein durch Besserung des Appetits den Patienten zugleich von vielen lästigen Krankheiterscheinungen zu befreien.

5. Amara üben, dem Patienten eine gewisse Zeit vor der Nahrungsaufnahme ( $1\frac{1}{4}$ — $1\frac{1}{2}$  Stunde) verabreicht, auf die Salzsäureausscheidung, sowie auf die digestive Kraft des Magens bei denjenigen Magenerkrankungen, bei denen dyspeptische Erscheinungen mit verringerter Salzsäureausscheidung in den Vordergrund treten, und denen keine tieferen anatomischen Veränderungen des Magens zu Grunde liegen, einen günstigen Einfluss aus.

6. Die Amara beeinflussen bisweilen auch die motorische Function des Magens, indem sie dieselbe etwas steigern.



7. Auf das Absorptionsvermögen des Magens bleiben die Amara ohne jeglichen Einfluss.

8. In starken Concentrationen (30,0 : 200,0) wirken die Amara weit schlechter als in schwachen Concentrationen (12,0 : 180,0).

9. In der Wirkung der verschiedenen Amara auf die Magenverdauung giebt es einen wesentlichen Unterschied nicht. Relativ besser wirken jedoch Absynth und Condurango.

(Allgem. med. Central-Ztg. 1906 No. 1 u. 2.)

### **Pneumonie. Über die Behandlung der fibrinösen P. mit**

**Römer's Pneumokokkenserum** lässt sich Dr. Winckelmann (Augustahospital in Köln) aus. Um den wirklichen Effect des Serums festzustellen, wurden nur solche Pat. dieser Behandlung unterzogen, die von vornherein aussergewöhnlich schwer erkrankt erschienen resp. bei denen im Verlauf der Erkrankung besonders bedrohliche Symptome auftraten. Es waren dies 16 Kranke, von denen zwei eine Injection von 10 ccm, zwei je eine von 20 ccm und vier je zwei Injectionen (zwei davon 10 und 20 ccm, zwei zweimal 20 ccm) erhielten. Ueber die Wirkung der Seruminjectionen machen die bisherigen Autoren die Angabe, dass sie oft ausgesprochene subjective Besserung, das Eintreten einer Euphorie beobachtet hätten. Autor kann dies nur in sehr beschränktem Maasse bestätigen; bei sechs Pat. wurde nach einmaliger Injection subjective Besserung notirt, bei einem Pat. erst nach der 2. Injection, bei den übrigen wurde eine solche gar nicht bemerkt. Der physikalische Befund blieb in 6 Fällen unverändert, 4mal begannen Lösungserscheinungen alsbald nach der Injection, 1mal einen Tag, 2mal 2 Tage nach dieser. Bei drei Pat. wurden sogar neue Lungenlappen befallen, bei einem dehnte sich die Infiltration im anfänglich befallenen Lappen weiter aus. Die Pulszahl blieb dem Temperaturverlauf entsprechend, der Blutdruck blieb unbeeinflusst: allerdings wurde die Cyanose in 8 Fällen deutlich geringer. Die Zeichen eines Lungenödems wurden bei sieben Fällen beobachtet, von denen drei letal endeten; von den übrigen Autoren wurden sechs Fälle von Lungenödem beobachtet, mit einem Todesfall. Also sind von diesen 13 Fällen 9 genesen — ein sehr günstiger Procentsatz! Bei seinen Pat. kann Winckelmann freilich dieses günstige Resultat nicht *nur* der Serumbehandlung zuschreiben, denn in Anbetracht der acuten Lebensgefahr wurden auch Aderlässe gemacht, Campfer und auch

2mal Digalen intravenös injicirt. Nebenwirkungen des Serums zeigten sich nie, auch die Injectionsstelle blieb reactionslos, und die Schmerzen bei der Einspritzung waren gering und von kurzer Dauer. Nach alledem kommt Autor zu dem Schluss, dass die Serumbehandlung höchst wahrscheinlich unschädlich, die Heilwirkung nicht zuverlässig ist, aber immerhin sich hie und da deutlich erkennen lässt, sodass in schweren Fällen ein Versuch angestellt werden müsste.

(Münchener med. Wochenschrift 1906 No. 1.)

- In einem Artikel: **Ein Vorschlag für die Behandlung der Lungenentzündung** setzt Hofrath Dr. Volland (Davos) auseinander, dass das Aufrichten und Aufrechtsitzen des an P. Erkrankten demselben schadet und die Heilung verzögert. Ruhige andauernde Rückenlage ist für rasche Heilung durchaus erforderlich, und sollten alle Untersuchungen, alle therapeutischen Massnahmen, welche den Pat. aus jener Lage sich zu erheben zwingen, unterlassen werden.

(Wiener med. Presse 1906 No. 1.)

- **Zur Behandlung der Pneumonie** ergreift auch Prof. Dr. Alb. Fränkel (Berlin) das Wort und hebt besonders die Vorzüge der *Coffeinbehandlung* in grossen Dosen hervor. Er hat Coffein in grossen Dosen bei einer erheblichen Anzahl von Lungenentzündungen angewandt. Es waren selbstverständlich Fälle, bei denen besondere Indicationen hierfür vorlagen, entweder eine von vornherein auffallend geringe Pulsspannung, meist mit erheblich gesteigerter Frequenz, oder andere eine Gefahr ankündende Symptome, z. B. starke Cyanose und Dyspnoe, verbunden mit Hepatisation mehrerer Lappen, kurzum schwere Fälle. Angewandt wurde das Mittel in Form der subcutanen Injection. Von einer 10%igen Lösung wurde je nach Beschaffenheit des Pulses resp. seiner Spannung alle 2—3 Stunden, event. noch häufiger, eine Einspritzung gemacht; die in 24 Stunden verbrauchte Coffeinmenge schwankte zwischen 0.6 bis 1.5 g. Der Digitalis gegenüber hat Coffein die Eigenschaft voraus, dass es keine cumulative Wirkung entfaltet; es vermindert den erniedrigten Gefässdruck in vielen Fällen, aber nur nach Massgabe der jeweils angewandten Dosis, wobei es verhältnissmässig selten zu Verstärkungen desselben kommt, welche die Druckwerthe des normalen Menschen wesentlich übersteigen. Nur mit einer Nebenwirkung ist bei den grossen Dosen zu rechnen, deren Eintritt sogar das Aussetzen

des Mittels zur Folge haben kann. Das sind stärkere Erregungen der Gehirnthatigkeit, bestehend in Unruhe, Jactation, Schlaflosigkeit; doch wurde dies nur bei etwa 10% der Pat. beobachtet. Diese Coffeintherapie vermag natürlich keineswegs in jedem Fall schwerer P. den ungünstigen Ausgang abzuwenden, aber sie stellt eine Bereicherung der zur Behämpfung gefährdender Zustände seitens des Circulationsapparates uns zu Gebote stehenden Verfahren dar. Sie versagte hauptsächlich in denjenigen Fällen, bei denen die Pulsfrequenz von vornherein über 130 erhöht war, wogegen sie sich fast überall da bewährte, wo die Steigerung nicht wesentlich über 110 Schläge hinausging, trotz aller sonstigen schweren Symptome. Die Wirkung des Coffein kann natürlich durch andere Mittel noch verstärkt werden: durch Campfer und durch Alkohol, welch letzterer als wichtiges Herzstimulans gerade bei P. gelten kann.

(Die Therapie der Gegenwart, Januar 1906.)

— **Über Spitzenpneumonie und Tachycardie** lässt sich Prof. Dr. J. Pal (k. k. allgem. Krankenhaus Wien) aus. Es ist bekannt, dass das klinische Bild der Spitzenpneumonie ein schwereres und die Prognose dieser eine ernstere ist, als die pneumonischen Erkrankungen in anderen Abschnitten der Lunge. Das erschwerende Moment ist dadurch gegeben, dass bei der Infiltration der Lungenspitzen eine Tachycardie auftritt, die auf eine Reizung der Acceleransfasern im Sympathicus durch Entzündungsproducte zurückzuführen ist. Autor schildert als Beispiel einen Fall von P., wo er auf Grund seiner Beobachtung intra vitam die Reizung des Accelerans annahm, und die anatomische Untersuchung später diese Diagnose bestätigte. Die am 26. X. erkrankte 57jähr. Frau hatte in den ersten Tagen ihres Spitalaufenthaltes keine auffällig hohe Pulsfrequenz. Am 30. X. stieg die Pulszahl bei einer Temperatur von 37,5° auf 142, am 31. X. bei Temp. 38,8° auf 172. Die Temperatur stieg nicht weiter an, die Pulszahl blieb hoch und erhöhte sich am 1. IX. auf 210. Unter dieser Erhöhung stellte sich auch Arrhythmie ein, die dann bis zum Ende verblieb. Da die Füllung der Arterie eine schlechte war, die Cyanose zunahm, die Dyspnoe sich steigerte, wurde das Herz mit Digitalis, Digitoxin etc. angeregt. Die Spannungszahlen, resp. die Druckmaxima waren daher relativ noch hohe, da die Spannung bei der hochgradigen Cyanose nur unter der

Wirkung der Excitantien auch messbar war. Schliesslich blieben die Leistungen des rechten Herzens zurück und führten zum tödlichen Ausgange. Die Vorgänge, die sich hier abspielten, waren klar. Es war eine lobäre P., die im Oberlappen der linken Lunge einsetzte. Die Tachycardie musste schon ihrem Charakter nach als nervöse angesprochen werden, zumal überdies eine cardiale Affection, die dieses Phänomen erklärt hätte, nicht nachweisbar war. Da es sich um eine Oberlappenentzündung handelte, nahm Autor nun an, dass der diesem nahe gelegene Theil des Sympathicus, der den Accelerans führt, von der Entzündung in Mitleidenschaft gezogen wurde. Der Obductionsbefund bestätigte dies. Der ganze oberste Abschnitt des Sympathicus, der die Innervation des Herzens besorgt und die Acceleransfasern führt, war in Entzündungsproducte eingelagert und überdies das ganze mediastinale Gewebe, das die Acceleransfasern passiren, ödematös durchtränkt, während die entsprechende andere Seite frei blieb. Autor verfügt noch über eine 2. Beobachtung. Sie betrifft einen 52jähr. Mann, der von einer Spitzenpneumonie befallen wurde und am 6. Tage seiner Erkrankung, mit der die Krankenhausbeobachtung einsetzte, mässig hohe Temperaturen zeigte bei einer überaus hohen Pulsfrequenz von tachycardischem Charakter. Während die Temperatur im weiteren Verlaufe sank, stieg die Pulsfrequenz bei niedriger Gefässspannung. Der Entfieberung folgte erst allmählich Abnehmen der Pulszahl bei ansteigender Tendenz der Gefässspannung, Auffallend schwere Erholung von der Krankheit, die eine nur 8tägige Dauer hatte und mit ganz mässigen Temperaturen verlief. Die richtige Beurtheilung dieses Falles wurde durch den 1. Fall ermöglicht, der auch nach therapeutischer Richtung hin vorbildlich wurde. Bei Betrachtung der Spannungszahlen musste sofort der Tiefstand der Spannung auf der Höhe der Erkrankung auffallen. Im allgemeinen wird man geneigt sein, dieses Symptom der toxischen Wirkung des Pneumonieerregers zuzuschreiben; Autor glaubt aber, dass die bedeutende Entspannung hier auch zur Acceleransreizung gehört hat. Er hielt deshalb trotz der Schwere der Erscheinungen mit der Darreichung von Herzmitteln zurück und wie das Resultat lehrte, mit Erfolg; es wurden nur ganz geringe Dosen Strophantus und Digitalis gegeben. — Die Beobachtungen sind von Interesse, weil sie ein Bild der durch Acceleransreizung bedingten Tachycardie bieten. Sie lehren insbesondere,

dass die in der Litteratur vertretene Annahme, dass durch die Acceleransreizung nur eine relativ geringe Erhöhung der Pulsfrequenz erfolge, geringer als durch Vaguslähmung, nicht richtig ist. Es ist daher auch die Annahme, dass eine relativ sehr hohe Pulszahl in einem Falle von Tachycardie ein diagnostisches Merkmal wäre, das gegen Acceleransreizung spricht, nur eine willkürliche Vermuthung. Auch die Behauptung, die Reizung der Accelerantes gehe nur mit geringer Steigerung oder ohne Veränderung des Blutdruckes einher, ist nicht mehr aufrecht zu erhalten angesichts obiger Beobachtungen.

(Wiener med. Wochenschrift 1906 No. 1.)

### **Syphilis. Zur subcutanen Jodipinanwendung ergreift Privat-**

docent Dr. E. Tomaczewski (K. Universitätspoliklinik f. Hautkrankheiten zu Halle) das Wort. Die subcutane Jodipinanwendung bedeutet einen wesentlichen Fortschritt. Wir sind im Stande, mit wenigen Injectionen dem Organismus eine sehr erhebliche Menge von Jod zuzuführen, das nur langsam resorbiert wird und so für Wochen und Monate eine continuirliche Jodwirkung entfaltet, unter sicherer Vermeidung aller Jodnebenwirkungen. Autor giebt nun eine sehr einfache Technik der Injectionen an, die sich seit vielen Jahren gut bewährt hat. Er sagt darüber:

„Zur Injection benutzte ich die von Haertel in Breslau in den Handel gebrachte Spritze. Sie fasst 10 ccm und die beiden beigefügten Canülen sind stark und haben ein weites Lumen. Nach der Anschaffung wird die Canüle einmal ausgekocht, die Spritze mit sterilem Wasser gut durchgespritzt und beide in eine mit Paraffinum liquidum gefüllte Glasschale gelegt. In diesem Medium bleibt die Canüle steril und die Spritze dauernd gebrauchsfähig, denn in dem flüssigen Paraffin vermögen sich keine Keime zu entwickeln und auch eine Austrocknung des Spritzenstempels findet nicht statt. Es empfiehlt sich, die Flasche mit Jodipin, namentlich beim 25<sup>o</sup>igen Präparat vor dem Gebrauch einige Zeit in warmes Wasser zu stellen, da es so die für die Injection nöthige Dünnsflüssigkeit erhält. Das Jodipin wird dann in ein reines Messgläschen gegossen, die Spritze gefüllt und nach Aufsetzen der Canüle durch leichten Stempeldruck auch diese. Als Injectionsstelle ist am besten die Glutäalgegend zu wählen und nicht, wozu in der Praxis Neigung vorhanden, diejenigen Stellen, die sich, wie Brust- und Interscapularraum durch lockeres

Unterhautzellgewebe auszeichnen. Wenigstens hat mich die Erfahrung gelehrt, dass die Injectionen in die Nates, die ein strafferes Unterhautzellgewebe aufweisen, in der Folge am wenigsten unangenehm empfunden werden. Als Grund hierfür kommt wohl auch die ständige passive Massage in Betracht, die hier durch fast alle Bewegungen bewirkt wird. Die betreffende Hautparthie wird vorher mit Watte und Benzin oder Aether gut gereinigt; die Injection selbst — Patient liegt am besten dabei — muss mit einer gewissen Kraft ausgeführt und die Canüle schräg bis zu  $\frac{3}{4}$  ihrer Länge eingestochen werden; dabei ist es zweckmässig, die Haut straff anzuspannen, nicht aber in einer Falte abzuheben. Die Canülenspitze wird sich dabei in der Regel noch im subcutanen Fettgewebe befinden, doch ist auch ihre intramusculäre Lage ohne irgend einen Nachtheil. Vor der eigentlichen Injection muss die Spritze abgenommen werden, da sich nur auf diese Weise feststellen lässt, ob etwa ein Blutgefäss getroffen ist, denn dies muss auf jeden Fall vermieden werden. Nach kurzem Zuwarten ist diese Frage entschieden, denn wenn die Canülenspitze in einem Blutgefäss sich befindet, so kommt am Canülenende bald Blut zum Vorschein. In diesem Falle muss die Canüle wieder herausgezogen und zur Entfernung des Blutes etwas Jodipin durchgespritzt werden; erst dann wird die Injection in der eben geschilderten Weise noch einmal an einer anderen Stelle ausgeführt. Ist man nun durch Abnahme der Spritze sicher, dass die Canüle nicht in ein Blutgefäss geraten, was übrigens bei schrägem Einstich nur sehr selten vorkommt, so wird das Jodipin langsam eingespritzt. Es empfiehlt sich, jedesmal 20—30 cem zu injiciren, da auch diese Jodipinmengen local gut vertragen werden und so zur subcutanen Zuführung von 200 cem Jodipin nur 7—10 Injectionen nöthig sind. Nach der Injection wird die Canüle mit etwas Paraffin durchgespritzt und beide, Canüle und Spritze, ohne weitere Reinigung in das flüssige Paraffin zurückgelegt. Die Injectionsstelle wird zum Schluss leicht massirt, die Einstichöffnung mit einem Zinkoxydpflaster verschlossen. Irgend welche Zufälle habe ich bei dieser Art der Injection innerhalb vieler Jahre nie beobachtet, und wenn auch dabei scheinbar nicht allen Cautelen der Asepsis genügt wird, so sind doch niemals entzündliche Reizerscheinungen aufgetreten, geschweige denn ein Abscess. Der Grund hierfür liegt zweifellos in dem Jodipin selbst, in dem sich keine Keime zu entwickeln vermögen und

das für das subcutane Gewebe reizlos ist. Das in dem Messgläschen etwa noch übriggebliebene Jodipin kann ohne weiteres zurückgegossen werden und damit ist die so oft schon für schwierig gehaltene Jodipininjection vollendet. Da das Jodipin nicht nur bei Fällen von Lues verwandt wird, sondern auch bei einer ganzen Reihe anderer chronischer Leiden (Arteriosklerose, Asthma bronchiale, Ischias und chronischen Gelenkentzündungen, progressiver Paralyse, Actinomykose etc.), so empfiehlt es sich, die eine Canüle nur für die Fälle von Syphilis, die andere bei den übrigen genannten Krankheiten zu verwenden.

(Münchener med. Wochenschrift 1905 No. 50.)

- Ueber **syphilitische und hysterische Pseudo-Osteomalacie** äussert sich Prof. Dr. H. Schlesinger (Wien) und geht vor allem auf die Differentialdiagnose zwischen Osteomalacie und syphilitischen resp. hysterischen Symptomencomplexen ein. Nach Latzko sind folgende Erscheinungen für die Frühdiagnose der Osteomalacie besonders wichtig: Druckempfindlichkeit einzelner Knochen, besonders des Beckens und der Rippenbögen, die isolirte Ileo-Psoaspese als Ursache des charakteristischen Ganges und die Adductorencontractur als Ursache der Abductionsbehinderung, endlich Steigerung der Patellarreflexe und Mangel an Sensibilitätsstörungen. In letzter Zeit hat Autor einen Pat. beobachtet, der mehrere der wichtigeren Symptome der Osteomalacie aufwies, jedoch nicht an dieser, sondern an Syphilis litt. Der Fall betraf einen 35jähr. Mann, der unter schmerzhafter Pese zuerst des linken, dann des rechten Beines, dann der Arme erkrankte und bettlägerig wurde. Die Untersuchung ergab das Vorhandensein einer Adductorencontractur, einer abnormen Erregbarkeit des Levator ani. Brüske Abduction der Beine löste heftige Schmerzen aus. Starke Empfindlichkeit bei Druck auf die Femora, das Kreuzbein, den Humerus. Bewegungen der Arme und Beine mühsam, spastisch-paretisch und sehr vorsichtig: Pat. half beim Erheben der Beine mit den Händen nach (ganz ähnlich wie bei Osteomalacie). Rumpfbewegungen sehr schmerzhaft. Steigerung der Sehnenreflexe an den unteren Extremitäten, Fehlen objectiv nachweisbarer Sensibilitätsstörungen, keine Wirbelveränderungen. Auf den ersten Anblick hin konnte an initiale Osteomalacie gedacht werden, wenn auch diese Affection bei Männern recht selten ist. Die weitere Beobachtung klärte aber bald den Sachverhalt auf. Es bestand eine

gewisse Incongruenz der Erscheinungen mit Osteomalacie. Der Beginn an *einer* unteren Extremität war schon ungewöhnlich, wenn auch bei Osteomalacie sich recht oft die Symptome auf beiden Körperhälften verschieden rasch und keineswegs congruent entwickeln. Zumeist pflegt aber bei Osteomalacie die Affection in beiden Becken gleichzeitig einzusetzen. Die Bewegungsstörung selbst glich der bei Osteomalacie in hohem Grade. Das mühsame Beugen der Beine im Hüft- und Kniegelenke, das langsam und unter Schmerzen erfolgende Verschieben des Fusses, das an Kletterbewegungen erinnerte, die mangelhafte Abduction, alles das findet man auch bei der Knochenerweichung. Auch die Unmöglichkeit, bei Rückenlage das gestreckte Bein zu erheben, das Zittern der geschwächten Muskeln bei intendirten Bewegungen, die ruckweise Locomotion der Extremitäten bei stärkerer Anstrengung gehören zur Symptomatologie der Knochenerweichung. Die Exacerbation der Schmerzen am Abend und in der Nacht konnten event. noch mit der Annahme einer Osteomalacie in Verbindung gebracht werden, da nächtliche Steigerung der Schmerzen schon von anderen bei Osteomalacie verzeichnet wurde. Die Steigerung der Patellarreflexe und der Fussclonus konnten mit der Annahme einer Osteomalacie wieder gut in Uebereinstimmung gebracht werden. Druck auf das Kreuzbein und Compression des Beckens in der Sagittalebene waren äusserst schmerzhaft, hingegen war ein seitlicher Druck auf die Darmbeinschaufeln nicht empfindlich, während bei Osteomalacie zumeist auch die seitliche Compression stark schmerzt. Das „Federn“ der Darmbeine hingegen ist oft auch bei nicht vorgeschrittener Knochenerweichung schwer nachweisbar. Es zeigte sich, dass das Rumpfskelett sonst auf Druck nicht empfindlich war, die langen Röhrenknochen zum Theil gar nicht, zum Theil nur in der Gegend von Gelenken (Schulter- und Hüftgelenk) bei Druck schmerzten; die Hüftgelenke selbst schienen aber frei zu sein. Es wurde endlich eine äusserst druckempfindliche Vorwölbung an der neutralen Seite des Kreuzbeins vom Rectum aus gefunden. Das Gesicht des Pat. machte stets einen verdrossenen Eindruck und war von auffallend starrem Aussehen; ein ähnliches Verhalten ist schon mehrmals bei Beschreibung Osteomalacischer hervorgehoben. Mit Rücksicht auf die Anamnese (syphilitische Infection vor Jahren), die nächtliche Exacerbation der Schmerzen, auf den Tumor am Kreuzbein, wurde trotz Fehlens anderer syphilitischer



Symptome an die Möglichkeit seltener Localisationen syphilitischer Producte gedacht (Periostitis multiplex, Arthritis, Veränderungen in der Umgebung der Gelenke). Gegen das Vorhandensein von Neoplasmen (multiples Myelom etc.) sprach das relativ gute Aussehen und der normale Harnbefund, gegen eine Osteomalacie die früher erwähnten Momente und der negative radiographische Befund. Unter diesen Umständen musste dem Ergebnisse einer specifischen Behandlung eine grosse diagnostische und prognostische Bedeutung vindicirt werden. Eine combinirte Quecksilber-Jod-Behandlung führte nun bereits in den ersten Tagen eine derartig günstige Wendung in den Erscheinungen herbei, dass die syphilitische Natur des ganzen Leidens dadurch sichergestellt erscheint. Schon in den ersten Tagen verschwanden die heftigen Schmerzen, wurden die Bewegungen freier, liessen die Spasmen nach, besserten sich die Paresen; in der zweiten Woche nach Beginn der antisymphilitischen Behandlung konnte der Kranke stehen und mit Unterstützung einige Schritte gehen, die Druckempfindlichkeit des Kreuzbeins hatte nachgelassen. Der Gang war allerdings dem bei Osteomalacie ähnlich; die Paresen der Hüftgelenksbeugen (des Ileopsoas), die bei Osteomalacie eine so wichtige Rolle spielen, war noch nachweisbar. Bald bildeten sich auch diese Erscheinungen zurück. Der Fall lehrt also, dass die Syphilis einen der initialen Osteomalacie in Bezug auf Knochen-Muskelerscheinungen und Reflexe recht ähnlichen Symptomencomplex (ohne Haut- und Schleimhautaffectionen, ohne Suppurationen) hervorrufen kann, der unter einer specifischen Handlung verschwindet. In gleichem Falle waren die Asymmetrie der Erscheinungen, das Ueberspringen des Rumpfskeletts, die erheblichen nächtlichen Exacerbationen, fühlbare, nicht der Osteomalacie entsprechende Knochenveränderungen besonders auffallend. — Etwas häufiger gelangt ein der Hysterie zugehöriger Symptomencomplex zur Beobachtung, der leicht zur Fehldiagnose Osteomalacie führen kann. Es können sich dann die Erscheinungen bei intactem Knochensystem entwickeln, oder eine ausgeheilte Osteomalacie kann anscheinend recidiviren. Ganz ausserordentliche diagnostische Schwierigkeiten stellen sich mitunter ein, wenn eine Hysterie sich zu echter Osteomalacie hinzugesellt und deren Symptome aggravirt. Die Uebereinstimmung des klinischen Bildes der Pseudo-Osteomalacia hysterica mit der echten Osteomalacie kann eine sehr weitgehende sein; oft kann nur die genaue Beachtung

der klinischen Eigenthümlichkeiten der Knochenerweichungen vor Irrthümern schützen. In einer von des Autors Beobachtungen hatte die Kranke Jahre vorher eine Osteomalacie überstanden, hatte daher, wohl auch in Folge von wiederholten Demonstrationen, eine genaue Kenntniss des Krankheitsbildes, das nach einer heftigen Gemüthsbewegung neuerdings in Scene trat. Da Verbildungen der Knochen vorhanden waren, konnte die Diagnose erst mit Sicherheit gestellt werden, als der Nachweis erbracht wurde, dass bei abgelenkter Aufmerksamkeit alle schmerzhaften Phänomene und Contracturen vorübergehend verschwanden und in kurzer Zeit unter einer suggestiven, indifferenten Behandlung dauernd aufhörten. Die Incongruenz der Symptome mit denen bei Osteomalacie wird zuerst den Verdacht auf Pseudo-Osteomalacie wachrufen; ist einmal die Diagnose „Knochenerweichung“ schwankend geworden, so wird man durch Aufsuchen hysterischer Stigmata und durch den Effect einer suggestiven Behandlung oft die Entscheidung herbeiführen können. Als Beispiel führt Autor einen Fall an, den er kürzlich beobachten konnte. Der Fall betraf eine 62jähr. Frau, welche zwei Jahre vorher an (seniler?) Knochenerweichung gelitten haben und davon völlig wiederhergestellt worden sein soll. Es befand sich damals auf demselben Krankensaale eine Osteomalacische. Patientin konnte zur Zeit der Aufnahme nur mühsam, watschelnd und unter Schmerzen gehen, schwacher Druck auf die Rippen, die Wirbelsäule, die Beckenknochen rief sehr grosse Schmerzen hervor. Es bestanden aber daneben deutliche hysterische Stigmata (Verhalten der Corneal- und Rachenreflexe, Einschränkung des Gesichtsfeldes, Hemianaesthesia) und fehlten einige charakteristischen Symptome der Osteomalacie. Suggestivbehandlung brachte in wenigen Tagen Heilung. So war aufgefallen, dass die Kranke trotz excessiver Druckempfindlichkeit des Kreuzbeines beim Sitzen und Legen keine Vorsichtsmaassregeln brauchte wie die Osteomalacischen, wenn die Aufmerksamkeit abgelenkt wurde. Ging die Patientin aus der sitzenden Haltung in die Rückenlage über, so erfolgte der Uebergang rasch, wenn die Kranke in ein Gespräch verwickelt wurde, und es wurden die herunterhängenden Beine (entgegen der Gewohnheit der schweren Osteomalaciefälle) frei, ohne Nachhilfe der Hände gehoben. Die Adductorencontractur fehlte zumeist bei der Untersuchung; war sie vorhanden, so wurde durch die bruske Abduction kein Schmerz ausgelöst, während bei

Osteomalacie eine forcirte Abduction stets heftige Schmerzen hervorruft. Druck auf den kranken Knochen schmerzt bei Osteomalacie stets; in obigem Falle verschwand die Druckempfindlichkeit, wenn die Aufmerksamkeit abgelenkt wurde. Da Patientin sich oft recht unvorsichtig bewegte, wären bei abnormer Knochenbrüchigkeit Spontanfracturen zu erwarten gewesen, während eine wesentliche Verbildung des Skelettes nicht bestand. Schmerzen und Gangstörung konnten binnen wenigen Tagen unter einer suggestiven Behandlung beseitigt werden. Auch in anderen Fällen hat Autor beobachtet, dass die Congruenz der Symptome mit denen der organischen Affection nie eine vollkommene ist. So hatte er in einem Falle wegen der excessiven Empfindlichkeit aller Rumpfknochen, wegen der vorhandenen Contractur der Abductoren und Rigiditäten der Oberarmmuskulatur, Steigerung der Sehnenreflexe durch Tage hindurch an Osteomalacie gedacht, war aber in der Diagnose schwankend geworden, als er wahrnahm, wie leicht und anscheinend schmerzlos sich Patientin im Bett umdrehte. Die wiederholte Untersuchung ergab ein erhebliches Prävaliren der Knochendruckempfindlichkeit einer Körperhälfte, daneben eine halbseitige Hautsensibilitätsstörung und andere hysterische Phänomene. Auch in diesem Falle führte eine suggestive Behandlung in kurzer Zeit dauernde Heilung herbei. Eine Pseudo-Osteomalacia hysterica bei fehlenden Knochendeformitäten wird also anzunehmen sein, wenn trotz typischer Osteomalaciesymptome die Functionsbehinderung und die Schmerzen in ganz kurzen Zeiträumen einem jähen Wechsel unterliegen, Aufmerksamkeit des Kranken und suggestive Beeinflussung von ausschlaggebender Bedeutung für das Vorhandensein, resp. für die Aenderung des Symptomencomplexes sind, daneben ausgesprochen hysterische Stigmata bestehen und Phosphormedication ohne ersichtlichen Einfluss auf den Verlauf des Krankheitsprocesses bleibt.

(Deutsche med. Wochenschrift 1906 No. 1.)

### **Tendinitis. Eine typische Erkrankung der Achillessehne**

beschreibt A. Schanz (Dresden). Es handelt sich um eine schmerzhaftes Anschwellung der Achillessehne, welche sich im Anschluss an übermässige Inanspruchnahme dieser Sehne entwickelt. Die Pat. kommen mit der Angabe, dass sie an Schmerzen über der Ferse leiden, dass diese Schmerzen entweder nur oder doch hauptsächlich beim

Gehen auftreten; das Leiden habe sich im Anschluss an eine Radtour, Bergparthie, längeres Schlittschuhlaufen oder dgl. bemerkbar gemacht, oder nach einem Abrutschen des nur mit der Spitze aufgesetzten Fusses von einer Treppstufe. Am Gang des Pat. fällt auf, dass das Abrollen des Fusses vermieden wird; die Pat. hinken entweder deutlich oder sie gehen mit stark auswärts gesetzter Fusspitze. Diese Erscheinung wird deutlicher, wenn der Pat. barfuss geht. Als Sitz der Schmerzen wird nicht der Ansatzpunkt der Sehne (wie bei der Achillodynie Albert's) angegeben, sondern die Sehne selbst, wo auch eine spindelförmige Verdickung derselben zu constatiren ist. Diese Verdickung beginnt erst oberhalb des Endstückes der Sehne und verschwindet, wo sich letztere zum Uebergang in den Muskel verbreitert. Autor glaubt, dass es sich um einen entzündlichen Process in der Sehne in Folge übermässiger Inanspruchnahme und Dehnung handelt, und will die Affection *Tendinitis achillea traumatica* benennen. Die Behandlung ist einfach und erfolgreich. Man muss die Sehne vor der Dehnung, welche das Gehen bedingt, schützen. Das lässt sich durch einen Heftpflasterverband leicht erreichen. Bei leicht plantarreflectirtem Fuss wird ein breiter Heftpflasterstreifen, vom Zehenansatz beginnend, über Fusssohle und Ferse bis über die Wade herauf gelegt. Dieser Streifen wird durch circuläre Heftpflasterstreifen und eine Mullbinde fixirt. Mit diesem Verband geht Pat. in einem gut sitzenden Schnürstiefel mit nicht zu niederem Absatz sofort ohne Schmerzen. Erhält man den Verband, so ist in 2—3 Wochen Schmerz und Schwellung verschwunden.

(Centrabblatt f. Chirurgie 1905 No. 48.)

- **Bemerkungen zu dem vorhergehenden Aufsatz** macht Dr. G. Drehmann (Breslau). Die beschriebene Krankheit tritt nur nach forcirten Anstrengungen auf und hat ihren Sitz ganz typisch etwa handbreit über der Ferse, an der Stelle, wo der moderne Schuh aufhört. Bei doppelseitigen Affectionen, welche die häufigeren zu sein scheinen, ist die Höhe des Sitzes auf beiden Seiten ganz genau übereinstimmend. Dieses genau symmetrische Auftreten lässt vermuthen, dass es sich um eine acute T., bedingt durch einen äusseren Reiz, handelt. Dieser Reiz ist bald in dem durch das Zusammentreten mehrerer Nähte versteiften oberen Rande des Schuhs gefunden, besonders wenn derselbe zu eng geschnürt ist oder als unzumessiger Gummi-stiefel getragen wird. Es wäre das ein Analogon zu der

circumscribten T., wie wir sie bei acut eintretend schnellenden Finger, z. B. bei Gewehrgriffen einübend Einjährigen, zu sehen gewöhnt sind. Die Achillessehne entfernt sich von der Tibia, wenn man sich bei nach vorne gebeugtem Knie auf die Zehen hebt. Gerade diese Bewegung ist beim Radfahren und Bergsteigen am meisten nothwendig; so kommt am oberen Rande des beim einfachen Gehen in der Ebene eben passenden Schuhs das Reiben der Sehne zustande. Ist der obere Rand nun besonders unnachgiebig, womöglich noch durch eine schlecht Strippe verengt, so kann der ständige Reiz genügen, um eine T. zu erzeugen.

(Centralblatt f. Chirurgie 1906 No. 1.)

- **T. achillea arthritica als eine besondere Form der Achillessehnenenerkrankung** schildert Dr. R. v. Baracz (Leiberg). Derselbe beobachtete mehrmals eine Erkrankung dieser Sehne, welche im Winter bei grösseren Schneefällen und überhaupt bei rauhem Wetter auftritt und meist bei leibte, an Rheumatismus und Gicht leidende Männer betrifft. Die Pat. geben an, dass sie Schmerzen hauptsächlich beim Gehen verspüren. Am Gange der Pat. fällt auf, dass das Abrollen des Fusses vermieden wird; deshalb ist der Gang hinkend. Die Pat. selbst localisiren den Schmerz in der Achillessehne und machen auf eine Schwellung derselben aufmerksam. Bei der Untersuchung findet man eine mehr oder weniger ausgeprägte spindelförmige Verdickung der Achillessehne; die Haut über derselben ist mehr oder weniger geröthet und heiss anzufühlen je nach der Intensität des Leidens. Beim Betasten findet man meist eine äusserst grosse Schmerzhaftigkeit und deutliche Verdickung der Sehne, welche oberhalb des Endstückes derselben beginnt und bis zum Uebergang in den Muskel reicht. Oft findet man nebst der Verdickung mehrere flache, harte, sehr schmerzhaft, bis haselnussgrosse Knoten in der Sehne, welche dadurch deformirt erscheint. Die Krankheit befällt dieselben Pat. mehrmals; viele derselben leiden jeden Winter, ja sogar mehrmals in demselben Winter daran. Viele leiden nebstdem an rheumatischen Schmerzen in den Gelenken und an Muskelrheumatismus. Diese Pat. stammen meist aus gichtischer Familie, haben jedoch selbst noch nicht einen typischen acuten Gichtanfall gehabt. Bei mehreren Pat. wurde der Harn während des Anfalls untersucht; er war spärlich, bildete einen aus Uraten bestehenden Bodensatz und erhielt reichlich Urat. Die Entzündung der Sehne tritt unerwartet und plötzlich

auf. Stärkere Inanspruchnahme der Sehne vor dem Anfälle konnte manchmal nachgewiesen werden, jedoch nicht immer. Dagegen hat Autor oft eruiren können, dass Pat. an reichlicher Tafel theilgenommen, dass sie mehr alkoholische Getränke genossen haben. Beim heftigen Anfall entstehen plötzlich spontan reissende, bohrende Schmerzen in der Sehne — wie bei acutem Gichtanfall —, welche nach Ablauf von 24—48 Stunden vergehen. Heftigere Schmerzen und Unbehilflichkeit beim Gehen dauern gewöhnlich nur 2—3 Tage, selten bis 5 Tage; jedoch bleibt die Schmerzhaftigkeit der Sehne beim Betasten und Schwellung meistens durch mehrere Wochen, bis sie dann spontan verschwindet. Beide Sehnen werden zugleich oder gleich nacheinander befallen, obgleich Autor das Leiden auch einseitig mit oder ohne concomitirende Gelenkschmerzen oder Schmerzen und Schwellung der Schleimbeutel (besonders der Bursa olecrani) auftreten sah. Auch bemerkte er manchmal, dass eine Sehne in weit höherem Grade erkrankte, wie die andere. Das Leiden kann ohne Hinterlassung von Spuren zurückgehen, öfter jedoch bleibt eine dauernde Verdickung und Knotenbildung in der Sehne zurück, welche beim neuen Anfälle wieder schmerzhaft wird. Diese schmerzhaft verdickte Sehne und Knotenbildung in der Sehne möchte Autor als eine durch Einlagerung von harnsauren Salzen in der Substanz der Sehne bedingte Entzündung betrachten. Ein in den Mitteljahren stehender Patient versicherte, an den Anfällen dieser Krankheit schon seit seinem 22. Lebensjahre gelitten zu haben; die Anfälle traten meist im Winter auf, waren anfangs weniger heftig und schmerzhaft. Merkliche Anschwellung der Sehnen beobachtete er erst in den letzten Jahren. Er soll über 100 solcher leichter oder schwerer Anfälle bald an einer, bald an beiden Sehnen gehabt haben! Er beobachtete das Auftreten des Leidens auch beim heftigen acuten Schnupfen und während der Influenza! An Blennorrhöe und Syphilis soll er nie gelitten haben. Es konnte bei ihm eine bleibende Verdickung beider Achillessehnen constatirt werden. Was die Behandlung des Leidens anbelangt, so dürfte dieselbe vom Grade der Entzündung abhängen. Bei leichten Schmerzen, welche kein Hinken bedingen, erweist sich methodisch durchgeführte Massage, eventuell mit Application spirituöser Einreibungen und verbunden mit Einschränkung der Diät und Meidung alkoholischer Getränke als vollkommen ausreichend. Bei heftigerer Entzündung welche Hinken ver-

ursacht, ist die Ruhigstellung der Sehne mittels Heftpflasterverband angezeigt. Es wird bei leicht plantarflectirtem Fuss ein breiter Heftpflasterstreifen von der Mitte der Wade über die Ferse bis zur Mitte der Fusssohle gelegt, darauf kommen eine oder zwei Schichten von quer angelegten Heftpflasterstreifen, welche sich dachziegelförmig decken und von der Ferse bis zur Mitte der Wade reichen. Dieser Verband, welcher 1—2 Wochen liegen bleiben soll, bringt fast momentanen Nachlass der Schmerzen beim Gehen, und das Hinken wird behoben. Stärkere Entzündung der Sehne mit spontan auftretenden Schmerzen und Fieber erheischt Bettlage durch einige Tage mit Application von Eisbeutel oder Umschlägen von essigsaurer Thonerde, innerlich Aspirin und erst nach Milderung der Symptome Heftpflasterbehandlung und nachträglich Massage. Bei öfter sich wiederholenden Anfällen dürfte Uricedin bis zum Auftreten leichter Alcalescenz des Urins verabreicht werden. Zu gleicher Zeit gehen die Schmerzhaftigkeit und Verdickung der Sehne meist ganz zurück. Auch prophylaktische Verabreichung des Uricedins und Regelung der Diät wäre angezeigt. Nach dem oben Auseinandergesetzten liesse sich diese Form der Achillessehnenenerkrankung als Tendinitis achillea arthritica benennen.

(Centralblatt f. Chirurgie 1906 No. 1.)

### **Tumoren. Ueber einen Fall von Schlafsucht bedingt**

durch Carcinometastase im Gehirn, macht Dr. L. Blum (Augustahospital in Berlin) Mittheilung. Die bis vor 6 Wochen angeblich immer gesunde 46½-jährige Pat. wurde am 20. XI. 1904 eingebracht. Seit 6 Wochen bestehen beständig sehr heftige Stirnkopfschmerzen, die Pat. am Schlafen hindern. Vor 4 Wochen Schlaganfall, nach dem Lähmung des rechten Beines und rechten Armes auftrat; der Anfall setzte plötzlich ein, ohne stärkere Bewusstseinsstörung. Die Lähmung des Beines ging in den folgenden Tagen zurück, ebenso, aber langsamer und unvollständiger, die des Armes. Zwei Tage vor der Aufnahme Bewusstlosigkeit. Pat. kann von dieser Zeit bis zur Ankunft ins Hospital sich an nichts erinnern. Der behandelnde Arzt schickte sie wegen Hysterie ins Krankenhaus. Nie Erbrechen. Status: Magere, blasser Person, apathisch, halb schlafend, stöhnend im Bett liegend. Reagirt nur auf längeres Anrufen oder auf körperliche Reize. Klagt über heftige Kopfschmerzen und Mattigkeit. Ist

gut orientirt, zeigt keinen Defect der Intelligenz. Nach jeder Antwort sinkt sie in Halbschlummer zurück. Schädel auf Beklopfen nirgends schmerzhaft. Pupillen reagiren prompt auf Lichteinfall und Accommodation; linke etwas weiter, als die rechte. Augenbewegungen normal, keine Doppelbilder. Rechtes Augenlid hängt etwas tiefer herab, als linkes. Augenhintergrund normal. Keine Störung im Facialisgebiet. Zunge wird gerade, ohne Tremor herausgestreckt. Sprache ohne Störungen. Gehör normal. Rechter Arm wird bis zur Horizontalen gehoben; Parese, keine Muskelatrophie. Am rechten Beine keine Parese. Sehnen- und Periostreflexe gesteigert. Oberflächliche Sensibilität für Pinselberührung und Nadelstiche intact, tiefe überall für Nadelstiche herabgesetzt. Pat. kann nicht allein stehen und gehen. Kein Romberg. An den inneren Organen nichts Besonderes. Keine Drüsenschwellungen.

25. XI. Beweglichkeit des rechten Armes besser. Pat. liegt somnolent da. Nach Nahrungsaufnahme Erbrechen.

1. XII. Somnolenz unverändert. Ueber dem rechten Mittellappen etwas Rasseln. Deutliche Stauungspapille.

5. XII. Pupillen reagiren nicht auf Lichteinfall. Rechter Arm gelähmt. Linker Arm wird in der Stellung gelassen, in dem man ihn bringt. Schlafsucht unverändert.

11. XII. Somnolenz ebenso. Decubitus.

18. XII. Auffallend munter, unterhält sich.

19. XII. Somnolenz zunehmend; Exitus durch Athmungsstillstand.

Die Diagnose wurde auf Grund des Krankheitsverlaufes und besonders nach dem Auftreten der Stauungspapille schon in vivo auf linksseitigen Hirntumor gestellt, über dessen nähere Localisation allerdings keine bestimmte Vorstellung zu gewinnen war. Erst die Stauungspapille gab die Sicherheit, dass Apoplexie oder Hysterie nicht vorlagen, sondern ein Hirntumor. Das plötzliche Auftreten des apoplektiformen Insultes durfte an der Diagnose nicht irre machen; Hemiplegie als erstes Symptom eines Hirntumors ist schon wiederholt beobachtet worden. Ueber die Natur des Tumors konnte man nur Vermuthungen hegen; ein primärer Herd war nicht nachzuweisen, Zeichen von Syphilis fehlten. — Bei der Section fand man am oberen Theil der linken Centralwindung in der Substanz des Grosshins cortical gelegen einen kirschgrossen Tumor, im Centrum eitrig erweicht, in der Peripherie härter, gegen die Umgebung scharf abgegrenzt. Als primärer Tumor ergab sich: Mittellappen der rechten Lunge mit weissen



Geschwulstmassen durchsetzt, zum Theil harten, zum Theil ulcerirten. Im rechten Leberlappen wallnussgrosse Metastase. Die Tumoren der Lunge, Leber und des Gehirns erwiesen sich mikroskopisch als Carcinome. — In vivo hatten die Metastasen gar keine Symptome gemacht, Schlafsucht und Kopfschmerzen neben der anfänglichen Monoplegie standen im Vordergrund der Erscheinungen, und man konnte da sehr wohl an Hysterie denken. Die Abwesenheit aller anderen Stigmata sprach zwar dagegen, Gewissheit aber brachte erst die Stauungspapille. Was die Schlafsucht anbelangt, so sprechen die bisherigen Erfahrungen dafür, dass weder der Sitz noch die Natur des Tumors für dies Symptom herangezogen werden können, da man Schlafsucht sowohl bei allen möglichen Localisationen der T. als auch bei den verschiedensten anatomischen Structuren fand. Eine Beziehung zum Schlafcentrum besteht nicht. Der Schlaf selbst kann andauernd sein, über viele Monate sich erstrecken, oder anfallsweise auftreten. Meist handelt es sich um ruhigen Schlaf, aus dem die Kranken geweckt werden können und keinerlei Mangel an Orientierungsvermögen aufweisen. Der Befund von Krebismetastasen im Gehirn, die bei Latenz des primären Tumors unter dem Bilde einer Gehirngeschwulst verlaufen, ist gar nicht so ausserordentlich selten. Der primäre Sitz des Tumors ist sehr variabel; am häufigsten sind es immerhin Carcinome der Brustorgane, Mamma und Lungen, die Veranlassung zu Gehirnmetastasen geben.

(Berliner klin. Wochenschrift 1906 No. 43.)

- **Ueber einen Fall von Knochencarcinose, der unter den Erscheinungen der perniciösen Anaemie verlief**, berichtet Dr. H. Rotky (Prag, medicin. Universitätsklinik). Bei der Section der 42jähr. Frau fand man in der einen Mamma ein Carcinom, das zu ausgebreiteten secundären Carcinomen des Knochensystems und der Lymphdrüsen geführt hatte.

(Prager med. Wochenschrift 1906 No. 3.)

- **Ueber die Verwendbarkeit des Peptobrom-Eigon zur Behandlung des Erbrechens** äussert sich Dr. Naubert (Buckhardtswalde). Das von der chem. Fabrik in Helfenberg hergestellte Präparat ist ein graugrünliches Pulver mit 11<sup>o</sup> fest an Eiweiss gebundenem Brom. Da dasselbe an der Luft zerfliesst, ist Ordination in Pulverform unzweckmässig. Es löst sich in kaltem, noch besser in warmem Wasser und ergiebt dann eine dunkelbraune

Flüssigkeit, die ausgesprochenen salzig-säuerlichen Geschmack hat. Durch Zusatz von Glycerin (15 g auf 150 g) wird die Lösung haltbar gemacht und jener Geschmack etwas verdeckt. Bei grösserer Empfindlichkeit lässt sich der Geschmack leicht verdecken durch einige Tropfen Pfeffermünzöl, auch durch Syr. cort. Aurant. (10%), am besten durch Zusatz von Tinct. aromat. (10%), der aber die Lösung unangenehm verfärbt. Autor wandte das Mittel bei verschiedenartigen Fällen von Erbrechen mit Erfolg an. Er berichtet besonders von 3 Fällen von *Magencarcinom*, wo das sehr in den Vordergrund tretende Erbrechen prompt beseitigt wurde durch eine Lösung von 5 g auf 140 g Aqua und 10 g Glycerin, mehrmals täglich 1 Esslöffel. Er möchte daher bei Erbrechen der Krebskranken, wenn Aspirin und Anaesthesin nicht genügend helfen und die Opiate versagen, einen Versuch mit den Präparat empfehlen.

(Die Therapie der Gegenwart, December 1905.)

**Einen Beitrag zur conservativen Operationsmethode bei Gebärmuttermyomen** liefert Dr. Häberlin (Zürich), und er schliesst aus seinen Erfahrungen:

1. dass die frühzeitige Enucleation kleiner, wenn auch zahlreicher Myome puncto Sicherheit und Erfolg anempfohlen werden kann in Fällen, wo noch keine wirkliche Gefahr von Seite der Erkrankungen droht, denn die frühzeitige Operation ist nicht gefährlicher als die Krankheit und viel ungefährlicher als der spätere Eingriff bei veralteten Fällen;

2. dass die frühzeitige Enucleation bei jungen Frauen die Conceptionsfähigkeit nicht nur erhöht, sondern sogar verbessern kann.

Es erscheint deshalb nicht mehr gerechtfertigt, Patientinnen mit kleinen intramuralen oder submucösen Myomen jahrelang conservativ zu behandeln, sie heirathen zu lassen und jahrelange Sterilität oder frühzeitige Schwangerschaftsunterbrechungen ruhig zu beobachten. Besteht Sterilität oder trat ein Abort ein, so ist die Frau, welche Kinder wünscht, der Enucleation zu unterziehen, auch wenn keine anderen Beschwerden vorhanden sind. Je früher dies geschieht, je jünger die Patientin noch ist, je kleiner die Myome sind, desto eher ist die Conceptionsfähigkeit zu erzielen und desto kleiner ist die Gefahr einer späteren Zerreißung.

Für Unverheirathete wird der Grad der Beschwerden die Indication geben, wobei allerdings nicht zu vergessen ist, dass bei frühzeitiger Operation die gefahrlosere, conservative Enucleation eher zur Anwendung kommen kann.

(Medicinische Klinik 1906 No. 2 und 3.)

- **Ueber Selbstheilung des Angioms bei Ulceration** lässt sich Dr. H. Nathan (Kinderklinik von Prof. Epstein in Prag) ausf. Er führt 4 Fälle an, wo ziemlich grosse Angiome bei Säuglingen spontan dadurch abheilten, dass sich auf ihnen ein Geschwür bildete, das allmählich das ganze Angiom einnahm, dann langsam ausheilte, womit alle Spuren des früheren Tumors verschwanden, und nur eine Narbe oder einzelne Gefässverzweigungen in der Peripherie desselben an die ursprüngliche Affection erinnerten.

(Prager med. Wochenschrift 1906 No. 2.)

### **Ulcus ventriculi. Zur Therapie des Magengeschwürs,**

von Prof. Minkowski [Schluss]: Der grosse Nachtheil der internen Behandlung ist der, dass sie zu lange dauert. Man hat allerdings versucht, durch Modificationen der diätetischen Behandlung eine Abkürzung der Behandlungsdauer zu bewirken. Bei der Ernährung eines Kranken mit U. steht man ja einem Dilemma gegenüber: einerseits muss man den Magen möglichst schonen und ruhig stellen, andererseits hat man den Organismus möglichst zu kräftigen, seine Blutmischung zu verbessern, Ersatz für event. verloren gegangenes Blut zu schaffen. Die Leube'sche Diät berücksichtigt in erster Linie die Schonung der Magenfunctionen; aber die Nahrungszufuhr ist bei dieser Diät lange Zeit eine vollkommen unzureichende. Die Unterernährung nimmt man in den Kauf, wenn es gelingt, dadurch das U. zur Heilung zu bringen; dann holt der Pat. seinen anfänglichen Gewichtsverlust schon bald wieder ein. Um den Magen vollständig zu entlasten, hat man auch die absolute Entziehung der Nahrungszufuhr empfohlen. Man hat in schweren Fällen von U. sogar bis zu 3 Wochen lang die Pat. ausschliesslich per rectum ernährt. Die Nahrungsklystiere werden allerdings nur zum geringsten Theil ausgenutzt, und selbst wenn man ihren Nährwerth durch Zusatz von Kohlehydraten und Albumosen möglichst zu erhöhen sucht, so bleibt die Menge der Nährstoffe, die man auf diesem Wege zuführen kann, doch immer eine beschränkte. Wichtiger ist es vielleicht, dass man auf diesem

Wege wenigstens ausreichend Flüssigkeit zuführen kann, um den Durst zu stillen. Diese Diät führt bisweilen zum Ziele. Der Pat. wird zwar ungenügend ernährt, aber er ist immer noch besser daran, als wenn er den grössten Theil der in den Magen eingeführten Nahrung durch Erbrechen entleert und dazu noch Blut verliert. Autor hat auch auf diesem Wege in einzelnen sehr hartnäckigen Fällen Erfolge erzielt. Allerdings setzte er die absolute Entziehung der Nahrung per os nur bis zu 8—10 Tagen fort; oft genügen schon 3—5 Tage, um den Heilungsprocess einzuleiten. Aber man kann ein so eingreifendes Verfahren ohne Bedenken nur bei verhältnissmässig kräftigen Pat. versuchen. Man hat es aber bei U. in der Regel gerade mit geschwächten, anämischen Personen zu thun, und diese Schwäche ist ja auch meist der Hauptgrund dafür, dass das U. so schwer heilt. Man müsste also gerade möglichst rasch den Kräftezustand zu heben, die Anaemie zu beseitigen suchen. Dies erstrebte auch Lenhartz, indem er vor 2 Jahren für Kranke mit U. eine Diät empfahl, die gerade das Gegentheil der besprochenen darstellt. Lenhartz argumentirte so: die Momente, welche hauptsächlich die Heilung des U. hintanhalten, sind: die mechanische Dehnung der Magenwand, die Einwirkung der meist im Uebermaasse secernirten Salzsäure und die allgemeine Anaemie. Die bisher übliche Diät, deren Hauptbestandtheil die Milch ist, stellt eine Unterernährung dar, die geeignet ist, die Anaemie noch mehr zu steigern. Erhöht man die Milchzufuhr soweit, dass die Ernährung eine ausreichende wird, wozu mindestens 3 Liter pro die nothwendig sind, so kommt es zu übermässiger Dehnung des Magens. Lenhartz ging daher zu einer Diät über, die bei möglichst geringem Volumen und geringer Reizwirkung besonders geeignet ist, die Salzsäure im Magen zu binden und dabei die Ernährung möglichst rasch zu heben. Er giebt eine Diät, die neben einem grossen Caloriengehalt sehr reich an Eiweiss ist. Den Hauptbestandtheil bilden Eier, von denen selbst bei einer Magenblutung gleich am 1. Tage 1—3 Stück gegeben und jeden Tag 1 Stück zugelegt wurden, bis auf 8 Eier täglich, zunächst roh, zu Schaum geschlagen, später weich gekocht. Daneben eine kleine Menge Milch, mit 200 ccm anfangend, um 100 ccm täglich steigend, bis höchstens zu 1 Liter, dann sehr bald Zucker, der mit dem Ei verrührt werden kann, von 20—50 g steigend, und gegen Ende der 1. Woche schon fein geschabtes Fleisch

in Mengen von 35—70 g. Von der 2. Woche ab steigende Menge von weichgekochtem Reis- oder Griesbrei, gewechtem Zwieback, 50 g geschabtem, rohem Schinken und 20—40 g Butter. Als die wesentlichsten Vorthelle dieser Diät betrachtet Lenhartz neben den mindestens gleich guten unmittelbaren Heilerfolgen, wie bei der Leube'schen Cur, die kürzere Dauer der Behandlung, das seltenere Wiederauftreten von Magenblutungen, vor allem aber die raschere Wiederkehr der Körperkräfte und der Arbeitsfähigkeit, sowie die besonders günstigen Dauererfolge. Die Vorschläge von Lenhartz fanden nicht viel Anklang. Wirsing allerdings behandelte 42 Fälle genau nach Lenhartz und kam zu dem Schlusse, dass gerade in den Fällen, die mit frischen Blutungen in Behandlung kamen, diese Diät eine raschere Heilung und bessere Dauererfolge gab; auch beobachtete er nur einmal eine Nachblutung, und dies bei einem Pat., der später als geheilt entlassen wurde und noch nach 6 Monaten beschwerdefrei blieb. Minkowski selbst hat im letzten Jahre 30 Fälle so behandelt und war mit den Resultaten recht zufrieden. Die Diät wurde auffallend gut vertragen, eine Nachblutung während der Behandlung kam nur ein einziges Mal vor und es war dies der einzige Pat., bei dem überhaupt ein Mustererfolg erzielt wurde. In allen übrigen Fällen hatte Autor den Eindruck, dass diese Diät durchaus nicht schlechter vertragen wird, als die bisher übliche Milchdiät, dass aber die Heilung durchschnittlich sehr viel rascher zustande kommt und die Pat. sich schneller erholen. Nun wich Autor allerdings sehr bald von den Vorschriften in einem Punkte ab: er begann mit der Nahrungszufuhr nicht unmittelbar nach profusen Magenblutungen, wo sicher Ruhe dem Magen am besten thut (auch vor dem übermässigen Schlucken von Eis ist hier zu warnen, da das Eiswasser den Magen leicht überfüllt), sondern erst 2—3 Tage nach der Blutung. Von da ab kann man getrost die Lenhartz'sche Diät verabfolgen, die als etwas Originelles bestehen bleibt. Denn so wie Lenhartz hat noch niemand bisher den Nutzen und die Durchführbarkeit der Ueberernährung bei geringem Nahrungsvolumen, noch auch die Bedeutung des Eiweissgehaltes betont. Die Eiweissnahrung hat man beim U. sogar direct vermieden, weil man glaubte, dass dadurch die Salzsäureproduction im Magen gesteigert würde. Neuere Untersuchungen haben ergeben, dass das nicht das Eiweiss an sich thut, sondern die mit der eiweissreichen Nahrung eingeführten Extractivstoffe und Gewürze.

Das Eiweiss selbst vermag sogar dadurch, dass es Salzsäure bindet, die Hyperacidität zu mildern und die Beschwerden des U. zu erleichtern, wenn es in geeigneter Form — anfangs nur in Lösung, später wenigstens fein vertheilt — eingeführt wird. Die Bedeutung des geringen Nahrungsvolumens ist stark hervortretend, wird aber zu wenig gewürdigt. Gerade indem man die Magenfunctionen durch Verabfolgung von flüssiger Nahrung möglichst zu schonen sucht, führt man oft zu viel Flüssigkeit ein, und speciell mit der Milch wird in dieser Hinsicht viel gesündigt. Die Eier sind als concentrirte Eiweissnahrung bei weitem vorzuziehen. Aber man ist nicht auf sie angewiesen: durch Verabfolgung von Rahm an Stelle von Milch, durch Zugabe von frischer Butter, die oft von Magenkranken auffallend gut vertragen wird, durch Zusatz von pulverförmigen Nährpräparaten, durch Einführung von weichbreiigen Nahrungsmitteln kann man bei geringem Volumen der Nahrung einen hohen Nährwerth verleihen, ohne eine erhebliche mechanische Reizung des Magens herbeizuführen. Zu fordern ist Salzarmuth der Nahrung; man wird Eier und Schabfleisch möglichst ohne Salz nehmen lassen. Freilich ist mit allem auf den Einzelfall gewisse Rücksicht zu nehmen. Manche Menschen vertragen absolut keine Eier, man wird da die Nahrung etwas anders zusammensetzen müssen. Man halte sich jedenfalls nie an ein starres Schema, sondern individualisire!

(Medicinische Klinik 1905 No. 53.)

**Vitia cordis.** Einen Fall von **Recurrenslähmung bei Mitralstenose** veröffentlicht Dr. H. Frischauer (k. k. Allgem. Krankenhaus in Wien). Es handelt sich um eine 30jähr. Pat., die am 7. August 1905 aufgenommen wurde und am 30. October starb. Sie hatte seit 8 Jahren, seit einem Puerperium, Beschwerden, die auf einen Herzfehler deuteten. Es wurde auch Mitralstenose constatirt, bei der laryngologischen Untersuchung ausserdem geringe Abductionsparese links. Pat. wurde kränker, bekam Fieber und frische Symptome am Herzen, ausserdem wurde sie stark heiser und zeigte vollständige Lähmung des linken Stimmbandes. Durch eine Röntgenuntersuchung wurden die Verhältnisse im Thoraxraume festgestellt. Da alle anderen Ursachen der Recurrenslähmung — Aortenaneurysma, Mediastinalgeschwulst, Lymphdrüsenanschwellung, Struma, Pericarditis, Tumoren des Oesophagus und der Trachea,

Neuritis des N. recurrens, eine cerebrale oder medulläre Affection — theils mit Sicherheit, theils mit grosser Wahrscheinlichkeit auszuschliessen waren, wurde die klinische Diagnose auf: Insufficienz und Stenose der Mitralklappe mit recurrirender Endocarditis, Dilatation des ganzen Herzens, besonders des linken Vorhofes, Compression des linken N. recurrens durch den erweiterten linken Vorhof gestellt. Es wurde die Obduction gemacht, und es stellte sich heraus, dass der Compressionsmechanismus der war, dass der mächtig dilatirte linke Vorhof nicht direct, sondern indirect durch Vermittlung der von dem linken Vorhof und den erweiterten Pulmonalvenen in die Höhe und nach vorn gehobenen Arter. pulmonalis den N. recurrens sinister an den Aortenbogen andrückte, comprimirte, zur Degeneration seiner Fasern brachte. — Es sind in der Litteratur schon einige Fälle von Recurrenslähmung bei Mitralklappenstenose niedergelegt. Die bisher dabei erhobenen pathologisch-anatomischen Befunde haben ergeben, dass als Entstehungsursache für die Recurrenslähmung 3 Möglichkeiten in Betracht kommen, nämlich: Compression des N. recurrens sinister 1. durch den erweiterten linken Vorhof direct; 2. den erweiterten linken Vorhof indirect durch Vermittlung der Art. pulmonalis; 3. das Ligam. Botalli.

(Wiener klin. Wochenschrift 1905 No. 52.)

- **Combinirte Verordnung von Arzneimitteln** empfiehlt sich, wie Prof. Dr. E. Kisch (Prag) versichert, sehr bei Herzaffectionen. Bei Herzinsufficienz empfiehlt er als besonders wirksam folgende Ordinationen:

Rp. Tinct. Digital. purp. 2,0  
Tet. Strophant.  
Tct. Convall. maj. aa 5,0  
Tct. Chin. comp. 25,0  
M. D. S. Stündlich 10 Tropfen.

Rp. Dialysat. Golaz.  
Herb. Adon. vern.  
Herb. Convall. maj. aa 2,5  
Tinct. ferri pom. 20,0  
M. D. S. Stündlich 10 Tropfen.

Um bei Herzkranken diuretisch zu wirken, verordnet er kleine Dosen von Digitalis, Kal. acetic., Extr. Scill. und Diuretin, 1 bis  $\frac{1}{2}$  stündlich.

(Die Therapie der Gegenwart, Januar 1906.)



- Einige Erfahrungen über Digalen** publicirt Dr. K. Grassmann (München). Die Pat. (etwa 1 Dutzend) erhielten das Mittel per os, vor den Mahlzeiten, in etwas Süsswein oder Zuckerwasser, in den ersten 3—4 Tagen meist je 3 ccm, später 3 mal  $\frac{1}{2}$  ccm. Rasche, energische, lang andauernde Wirkung bei guter Bekömmlichkeit ist dem Digalen nachzurühmen, sodass es zu weiterer Prüfung empfohlen werden kann.

(Münchener med. Wochenschrift 1906 No. 3.)

## Vermischtes.

- Eine neue Flasche für Säuglinge** empfiehlt Geh. San.-Rath Dr. Aufrecht (Magdeburg). Derselbe ist der Ansicht, dass ein Theil der Verdauungsstörungen bei Säuglingen auf die durch eine zu grosse Oeffnung des Säugers erzwungene rasche Aufnahme der Nährflüssigkeit, mit welcher häufig auch Luft verschluckt wird, zurückzuführen ist, und dass auch eine grosse Zahl von katarrhalischen Pneumonien, welche bisher als cachektische aufgefasst worden sind, als Folge des Verschluckens von Nährflüssigkeit anzusehen ist. Der vom Autor ersonnenen Flasche haften die üblichen Mängel — Erschwerung der Entleerung bei zu enger Oeffnung im Säuger, allzu reichliches Ausfliessen bei zu weiter Oeffnung mit den erwähnten schädlichen Folgen — nicht an. Sie hat die Form eines halben Cylinders, kann also glatt aufliegen. Ausser der Flaschenöffnung, befindet sich auf dem höchsten Punkte des Halbcylinders eine kleine Oeffnung, durch welche entsprechend dem Quantum der abgesaugten Milch Luft einströmen kann. Der Hals der Flasche ist etwas nach unten geneigt. Diese Flasche (Instrumentenmacher Middendorf in Magdeburg. Preis 15 Pf.) ist seit 2 Jahren auf der Säuglingsabtheilung des Altstädter Krankenhauses in Gebrauch. Nachdem die Hals- und die kleine seitliche Oeffnung mit Watteverschluss versehen, erfolgt das Kochen im Soxhlet-Apparat. Vor dem Trinken wird die Watte aus dem Halse entfernt, dieser mit einem sterilen Gazeläppchen abgewischt und der Säuger aufgesetzt. In diesen ist eine Oeffnung eingebrannt, die so klein sein muss, dass der Inhalt der Flasche nur tropfenweise ausfliessen kann. Eine solche reicht aus, weil durch das seitliche Loch Luft bequem



nachdringen kann. Der hier angebrachte Watteverschluss, der die Luft filtrirt, kann, feucht geworden, bequem erneuert werden.

(Therap. Monatshefte 1905, December.)

- Ein **Geburtshelferspeculum** empfiehlt Dr. Blumm (Bayreuth). Wenn der ohne Assistenz arbeitende Arzt genöthigt ist, gegen Ende der Schwangerschaft oder nach erfolgter Entbindung ein Instrument in oder an den Uterus zu bringen, bietet dies bei den bisher gebräuchlichen Speculis oft grosse Schwierigkeiten, weil die ödematöse Scheidenhaut sich zwischen die Speculumplatten einzudrängen pflegt und dadurch den Arzt oft zwingt, ohne Speculum zu arbeiten. Dem hilft das vom Autor angegebene Instrument (C. Stiefenhofer, München) ab; dasselbe ist, nur in einzelnen Maassen vergrössert und behufs Gewichtsverminderung gefenstert, selbsthaltend genau nach Trélat gearbeitet.

(Centralblatt f. Gynaekologie 1905 No. 48.)

- Ueber die **Heilwirkungen einer neuen Schlammart** berichtet Dr. H. Karfunkel (Niederfinow). Es handelt sich um eine Schlammart, die specifisch von allen bisher bekannten verschieden ist und sowohl in ihrer Zusammensetzung, als auch in ihrem Verhalten zum Organismus eine durchaus gesonderte Stellung einnimmt. Im Kreise Ueckermünde befindet sich auf einer Fläche von etwa 900 ha unter einer Torfdecke in einer bis 14 m mächtigen Schicht eine graubraune, krümelige Masse, die man „Seeschlick“ benannt hat. Unter das Mikroskop gebracht, erweist sie sich vorwiegend aus Bazillariaceen-Formen bestehend, darunter Navicularia-Melosira-Pleurosigma-Nostoc-Arten u. a. m. Neben diesen noch gut erhaltenen Formen findet man viele Bruchstücke, worunter auch Desmidiaceen und Theile höher organisirter Pflanzen sind; der überwiegende Theil der Masse besteht indess aus jenen Bazillariaceen-Arten. Man hat es in diesem „See“ offenbar mit einem grossen Leichenfeld von Bazillariaceen zu thun, die viele Jahrhunderte hindurch aufeinander wachsend, den See schliesslich ganz ausgefüllt haben und dann, nachdem er abgelaassen, von Torfgewächsen überwuchert worden sind. Der „Seeschlick“, eine homogene Masse, welche von der Unterlage nicht abfliesst, wie Brei oder Moor, sondern ihr fest anliegt, ist aus diesem Grunde zu localen Packungen auf die einzelnen Körpertheile vorzüglich geeignet. Er giebt ferner die ihm einmal zugeführte Wärme nur schwer wieder

ab, bildet einen intensiven, dabei von schädlichen Nebenwirkungen völlig freien Hautreiz, ist durchaus geruchlos, verträgt medicamentöse Zusätze, ist in unerwärmten Zustände wirksam, ist leicht und sauber zu handhaben. Er ist überall da indicirt, wo auch Moore und sonstige Schlamme wirken, vor allem bei Krankheitsprocessen, die mit *Exsudationen* einhergehen, z. B. bei rheumatischen Affectionen der Gelenke und Nerven. Die Wirkung besteht zunächst in einem fast unmittelbaren Nachlassen des Schmerzes, in der oft rapiden Aufsaugung der Exsudate, in der Wiederherstellung stockender Circulationsverhältnisse. Bei *acuten und chronischen Rheumatismen* genügen meist wenige Applicationen zur Heilung. Ein dankbares Feld sind ferner *Nerven-, Gelenk- und Knochenleiden traumatischen Ursprungs* (auch Nachbehandlung von Unfallverletzten!), sowie die verschiedenen *Neuralgien*. Fast specifisch wirkt Seeschlick bei *Erysipel* (hier Zusatz von Sublimat 1 g auf 1 L.), recht gut auch bei *Ulcus cruris*, wo die oft brethartigen Infiltrationen bald erweicht werden. *Frische Wunden* heilen rasch unter Seeschlick (mit Sublimat), ausgezeichnet ferner *Brandwunden, Panaritien, Perionies, Distorsionen, Hühneraugen*. Endlich wirkte Seeschlick oft rapid bei gichtischen Schwellungen, ödematösen Anschwellungen, Lymphstauungen u. dgl. Erwärmt braucht der Seeschlick höchstens bei alten Exsudaten zu werden. Er darf im allgemeinen so lange einwirken, als er sich auf der Haut einigermassen feucht erhält. Man trägt ziemlich dicke, und den Umfang des Krankheitsbezirkes gut überragende Schlickschichten auf und bedeckt mit (am besten wasserdichtem) Stoff. Der betreffende Körperteil wird auf mit Schlick bepackte Gummiunterlage gelegt, auf und um sie Schlickschichten gepackt, die Unterlage herumgelegt und das Ganze mit einer Binde umwickelt. Vor Erneuerung lässt man eine 1stündige Pause eintreten. In den Handel kommt Seeschlick unter dem Namen „*Fanzerschlämm*“.

(Medicin. Klinik 1905 No. 53.)

- **Ueber einen bei Massenimpfungen einzufführenden Verband** berichten E. Levy (Strassburg) und W. Sorgius (Schiltigheim). Dieselben sind der Ansicht, nach der Impfung sei ein Schutzverband nöthig, theils um die Schnitte vor Secundärinfection zu bewahren, theils um zu verhüten, dass das Vaccinevirus vom Impfling auf seine Umgebung übertragen werde. Sie geben nun einen Verband an, der allen Anforderungen genügen soll. Ein Stück steriler Gaze

wird in 8facher Schicht über die Schnitte, dieselben nach allen Richtungen um  $2\frac{1}{2}$  cm überragend gebreitet (solche Gaze in zweckentsprechender Breite wird in besonderen Packeten, aus denen sie bequem herausgezogen werden kann, von Streisguth in Strassburg geliefert) und durch 1 cm breite Streifen von Leukoplast (Beiersdorff) befestigt. Letztere werden quer über die Gaze gezogen und so gross gewählt, dass sie zu beiden Seiten der Gaze etwa in einer Ausdehnung von 2—4 cm der Haut des Oberarmes anliegen; das Leukoplastende wird direct von der Rolle auf einen Rand des Armes aufgeklebt, über Gaze und Arm quer abgerollt, fest angezogen und am anderen Ende des Querstreifens an der Haut mit der Schere abgetrennt. Wenn die Mütter der Impflinge einigermaassen achtgeben, hält der Verband gut 8 Tage; bei der Nachschau wird er erneuert. Das Anlegen des Verbandes, der nur 7—8 Pf. kostet, dauert kaum 1 Minute. Er wurde in 337 Fällen angewandt, und zwar mit sehr befriedigendem Erfolge.

(Medicin. Klinik 1905 No. 54.)

## Bücherschau.

- **Vorlesungen über Sprachstörungen** giebt bekanntlich Dr. Alb. Liebmann heraus und erwirbt sich dadurch, dass er diese Leiden ganz genau erörtert, ein grosses Verdienst um die Praktiker. Das jetzt publicirte 6. Heft dieser Sammlung (Verlag von O. Coblentz, Berlin. Preis: M. 2.40) befasst sich mit dem Thema: *„Kinder, die schwer lesen, schreiben und rechnen lernen.“* Aus reicher Erfahrung schöpfend, behandelt Verfasser auch diesen Gegenstand mit grosser Ausführlichkeit und zeigt an einigen Fällen, die sehr instructiv sind und uns alle Einzelheiten in klarer und fesselnder Form vor Augen führen, welchen Schwierigkeiten man in praxi begegnet, und wie man dieselben überwindet. Das 132 Seiten starke Büchlein sei zum Studium warm empfohlen.

# Excerpta medica.

**Kurze monatliche Journalauszüge**

aus der gesamten Fachliteratur

**zum Gebrauch für den praktischen Arzt.**

*Herausgegeben von Dr. med. Eugen Graetzer in Sprottau.*

Verlag von Carl Sallmann, Leipzig.

II

**XV. Jahrgang**

**1906**

**anaesthesie, Narkose.** Mit **Alypin** haben jetzt Dr. M. Joseph und Dr. J. Kraus (Berlin) in der ersten Poliklinik für Hautkrankheiten Versuche angestellt, worüber sie Folgendes berichten:

A. Zunächst benutzten wir das Alypin bei der Abortivcur der acuten Gonorrhoe, indem wir nach Durchspülung der Pars anterior der Urethra 8—10 cem einer 1- oder 2%igen Lösung in die Urethra injicirten und darauf nach Verlauf von 3—4 Minuten drei Janetsche Spritzen einen 1%<sub>00</sub>-Albarginlösung durchspülten. Diese ohne Anaesthesirung meist ziemlich schmerzhaftes Procedur ging nach Injection einer 1- oder 2%igen Alypinlösung in allen — 15 — Fällen glatt von statten; die Patienten gaben fast ohne Ausnahme an, keinerlei schmerzhaftes Empfindungen bei der Durchspülung gehabt zu haben. Dieses Abortivverfahren wurde meist 4—5 Tage hintereinander wiederholt; irgendwelche schädlichen oder unangenehmen Nebenwirkungen des Mittels konnten nicht beobachtet oder eruiert werden, trotz genauesten Befragens der Patienten.

B. Zweitens wurde in 20 Fällen von gonorrhoeischer Erkrankung, resp. Betheiligung der Pars posterior der Urethra die Behandlung mit Injection einer meist 2%igen Alypinlösung eingeleitet, worauf dann theils einfache Durchspülungen, theils Instillationen nach Ultzmann, resp. Guyon gemacht wurden. Bei letzterer Procedur mussten wir 4mal eine 4%ige Lösung nehmen wegen der intensiven Einwirkung der nachfolgenden 1%igen Argen-

tumnitricum-Lösung. Sowohl mit der 4%igen als auch mit der 2%igen Alypinlösung wurde ausnahmslos eine absolut anaesthetisierende Wirkung erzielt; nur in 2 Fällen wurde trotz der Anaesthesirung über mehr oder weniger starke Schmerzen nach der Durchspülung, resp. Instillation geklagt. Unangenehme Nebenwirkungen oder Empfindungen wurden auch hier nicht beobachtet.

C. An dritter Stelle waren es eine Reihe mehr oder weniger schwer zu behandelnder Stricturen, deren Bougirung wir durch 2%ige Alypinlösungen wesentlich erleichterten. Von den 22 Fällen dieser Art konnten 7 vorher ohne Alypin garnicht oder nur mit ganz erheblichen Schmerzen bougirt werden, während bei den übrigen Fällen die Anaesthesierung von den Patienten ausnahmslos als grosse Erleichterung empfunden wurde. Auch in diesen Fällen, bei denen durch die in Folge des Bougirens entstehenden, wenn auch nur kleinen Zerreibungen der Harnröhrenschleimhaut die Resorptionsfähigkeit wesentlich befördert werden kann, zeigten sich niemals schädliche Nebenwirkungen.

D. In 18 Fällen endlich gebrauchten wir das Alypin bei der Vornahme kleinerer chirurgischer Eingriffe. So zeigte sich bei Durchtrennung des Frenulums in 3 Fällen 5—6 Minuten nach subcutaner Injection von 1 ccm einer 2%igen Alypinlösung absolute Unempfindlichkeit. In 5 Fällen von Phimosenoperation — 2mal Circumcision und 3mal Dorsalincision — trat 3—4 Minuten nach Injection theils 2-, theils 4%iger Lösung, welche wir jedesmal durch Esmarch'sche Blutleere unterstützten, gänzliche Anaesthesie ein. Drei Fälle von Verödung paraurethraler Gänge durch den Mikrobrenner verliefen nach Injection 4%iger Lösung fast schmerzlos, so dass die Patienten nur sehr wenig von dem Eingriffe merkten. In einem Falle von Urethrschanker, in dem das Einstreuen von Dermatol in die Urethra dem Patienten angeblich sehr grosse Schmerzen bereitet hatte, liessen letztere nach Injection einer 1%igen Lösung sofort nach. Ebenso wurde 1 Fall einer erstmaligen acuten Gonorrhoe, bei welchem die Einspritzungen von Albargin wegen der damit verbundenen grossen Schmerzen nicht vorgenommen werden konnten, nach vorheriger Injection einer 2%igen Lösung ganz ohne Schmerzen mit Durchspülungen behandelt.

In 5 Fällen endlich, in denen das Alypin theils in einfachen Contact mit der Schleimhaut durch Betupfen gebracht wurde, und zwar in 4-, 10- und 20%iger Lösung,

theils das umliegende Gewebe mit dem Medicament injicirt wurde, liess sich selbst nach 5—10 Minuten eine anaesthesirende Wirkung nicht beobachten. Es waren dies Ulcera mollia, welche durch die Welanders'sche Wärmebehandlung zur schnelleren Heilung gebracht werden sollten, Condylomata acuminata, welche mit Formalin geätzt wurden und 1 Fall von Tuberculosis verrucosa cutis, welcher mit Holländer's Heissluftcauterisation behandelt wurde.

Wir hatten also Gelegenheit, dieselbe Beobachtung wie Braun zu machen, der zwar die stark anaesthesirende Wirkung des Alypins lobt, es aber zu Gewebsinfiltrationen für ungeeignet hält. Nur bei einem Ulcus durum des Labium majus, welches mit Holländer'scher Heissluftcauterisation behandelt werden sollte, konnten wir eine recht günstige Wirkung der Alypininfiltration beobachten. Es wurden 2 ccm einer 4%igen Lösung an 4 verschiedenen Stellen unter das Ulcus injicirt. Bereits nach 4 Minuten wurden Berührungen mit einer Stecknadel nicht gefühlt, während nach 8 Minuten die Stecknadel  $2\frac{1}{8}$  cm tief in die Geschwürsfläche hineingestochen wurde, ohne dass irgendwelche Schmerzempfindung eintrat. Dementsprechend konnte alsbald auch der heisse Luftstrom in die Wundfläche geleitet werden.

Auch mit den Beobachtungen von Seiffert stehen die Resultate unserer Untersuchungen in Einklang. Das Alypin vermag leicht die Schleimhäute zu durchdringen, wie die von uns beobachtete, meist schnell eintretende Empfindungslosigkeit der Urethra erwies.

Fassen wir nach diesen Beobachtungen unsere Ansicht über das Alypin kurz zusammen, so können wir sagen:

1. Das Alypin ist ein für die urologische Praxis gut verwendbares Localanaestheticum.

2. Das Alypin ist in seinen Wirkungen dem Cocain und  $\beta$ -Eucain mindestens ebenbürtig, hat aber den grossen Vorzug der relativen Ungiftigkeit.

3. Das Alypin scheint ohne jede schädliche Nebenwirkung zu sein.

4. Für die Praxis dürfte es von Bedeutung sein, dass der Recepturpreis des Gramms Alypin 0,85 M. beträgt, sich also wesentlich niedriger als das Cocain stellt.

(Deutsche med. Wochenschrift 1905 No. 49.)

**Ueber Alypin in der rhino-laryngologischen Praxis** theilt Dr. G. Finder (Kgl. Univers.-Poliklinik für Hals- und Nasenranke in Berlin) seine Erfahrungen mit. Einmalige

Bepinselung der Naseuschleimhaut mit 20%iger Lösung genügte, um Polypenextraktionen, Abtragung von Hyperplasien, galvanocaustische Aetzungen u. s. w. auszuführen. Auch wurde eine grosse Anzahl von Pat. mit Kehlkopftuberculose operativ unter Alypinanaesthesie im Larynx behandelt, wobei man den Eindruck hatte, dass diese in nichts der Cocainanaesthesie nachsteht; sie hält 6—8. auch 10 Minuten lang an und gestattet, alle in Frage kommenden Eingriffe in grösster Ruhe vorzunehmen, wobei die Pat. nicht jene unangenehmen Empfindungen im Halse haben, wie beim Cocain. Alypin kann also als vollwerthiges Ersatzmittel des Cocains bezeichnet werden.

(Berliner klin. Wochenschrift 1906 No. 5.)

— **Gegen die Excitation in der Narkose**, so lautete das Thema eines Vortrages von R. Gersuny (Rudolfinerhaus Wien-Döbling). Redner führte folgendes aus: „Es war mir oft interessant, zu beobachten, in welchem vorgeschrittenem Stadium der Inhalationsnarkose noch ein psychischer Einfluss auf den Patienten möglich ist. Wenn man einem in der Excitation um sich schlagenden Kranken mit beruhigendem Tonfall der Stimme zuredet, wenn man ihm dabei auf die Schulter klopft (etwa als wollte man ein aufgeregtes Pferd beschwichtigen), so hört meist die Excitation auf, der Kranke legt sich zurecht und lässt sich gutwillig weiter narkotisiren. Nach solchen Beobachtungen glaubte ich mich berechtigt, das Entstehen der Excitation, wenigstens in der Mehrzahl der Fälle, auf den Einfluss der Umgebung zurückzuführen. Dies ist ja bis zu einem gewissen Grade allgemein angenommen, und überall verlangt man deshalb möglichste Ruhe bei der Einleitung der Narkose. Wenn nach einigen Athemzügen die Wirkung des Anaestheticums beginnt, so versucht der Patient die unangenehmen Empfindungen beim Einathmen los zu werden, er dreht den Kopf bald rechts, bald links, um neben der Maske frische Luft zu bekommen. Hält man da seinen Kopf fest, so beginnt der Kampf schon jetzt. Folgt man aber den Drehungen des Kopfes mit der vorgehaltenen Maske oder folgt die Maske, weil sie angebunden ist, von selbst den Bewegungen, so versucht der Patient, sie mit der Hand wegzuschieben; man fasst ihn an den Armen, um das zu hindern und es scheint, dass man dadurch Kampfhallucinationen hervorruft, denn dann beginnt das feindselige Ringen: Der Kranke will seine Arme befreien,

er schlägt um sich, versucht es, aufzuspringen und zu entfliehen und nur mit grossem Aufgebot von Kräften gelingt es, ihn so lange festzuhalten, bis das Narkoticum die Oberhand gewinnt. Ich versuchte deshalb, nur die störenden Bewegungen des Kranken auszuschalten, ohne in ihm das Gefühl hervorzurufen, es würde gegen ihn Gewalt gebraucht. Diese Versuche hatten den erwarteten Erfolg; in den letzten zwei Jahren beobachteten wir im Rudolfinerhause keine wilden Excitationen bei der Narkose, wenn das zu beschreibende Verfahren Anwendung fand. Wenn der Kranke die ersten Atemzüge des Narkoticums gemacht hat, streifen wir ihm über jeden Arm einen „steifen Aermel“, nämlich ein Rohr aus Celluloid (anfangs benützten wir Pappe), das den Arm lose umschliesst und von der Achsel bis gegen das Handgelenk reicht. Ein Band, das über den Nacken des Kranken läuft und an den Röhren befestigt ist, verhindert ihr Abgleiten von den Armen. Jetzt lässt man den Kranken ungestört mit den Händen umhergreifen, soviel er mag, er kann seine Ellenbogen nicht beugen, also mit den Händen die Maske vor seinem Gesicht nicht erreichen und hat doch, wie es scheint, nicht das Gefühl, der Bewegungsfreiheit beraubt zu sein, wenigstens spricht sein Benehmen dafür, denn bald hören die Armbewegungen von selbst auf und die ruhige Narkose beginnt. Hie und da versucht es ein Patient, sich durch Aufsetzen und Aufstehen zu befreien, doch beruhigt er sich stets sehr bald, wenn es ihm nicht gelingen will — und es gelingt ihm deshalb nicht, weil ihm eine Pflegerin unter jede Ferse eine Hand schiebt und ohne fest anzufassen, ihm beide Füße wenige Centimeter hoch über das Lager hebt. Sie folgt allen Bewegungen der Füße mit ihren Händen und leistet nur gegen einen Widerstand: gegen den Versuch, die Füße auf das Lager aufzustemmen. Mit den Fersen in der Luft setzt man sich nicht auf und nach wenigen planlosen Bewegungen mit den Beinen gibt es der Kranke auf; es genügt zu dieser freundlichen Bändigung des Kranken somit eine Person; der Narkotisirende beschäftigt sich nur mit der Darreichung des Narcotikums. Die helfende Person legt zuerst dem Kranken die steifen Aermel an und überwacht dann die Bewegungen seiner Füße. Diese nöthigenfalls emporzuheben und zu halten erfordert nur etwas Geschick, aber keine nennenswerte Kraft. Die steifen Aermel können natürlich aus verschiedenem Material hergestellt sein. doch scheint mir das



Celluloid gewisse Vorteile zu bieten: es ist von geringem Gewicht bei grosser Festigkeit und Dauerhaftigkeit, hat eine glatte Oberfläche und kann nach dem Gebrauche schnell gereinigt werden. Die im Rudolfinerhaus verwendeten Celluloidröhren haben nach Kaliber und Länge verschiedene Abstufungen, sodass sich für jeden Kranken passende Aermel finden. Die am häufigsten verwendeten sind 40 cm lang und haben einen Umfang von 35 cm. Die Ränder der Röhren sind etwas nach aussen umgekrümpt, gewulstet und glatt, um das Entstehen von Excoriationen zu vermeiden. Die zur Befestigung dienenden Bänder sind durch Löcher in der Wand des Rohres, nahe an seinen Enden, gezogen. Diese Bänder dienen nicht nur dazu, das Herabgleiten der Röhren von den Armen in der schon erwähnten Weise zu verhindern, sondern auch zur ruhigen Fixation der Arme während der Operation; zu diesem Zweck werden die an den unteren Enden der steifen Aermel heraushängenden Enden der Bänder hinter dem Rücken des Patienten zusammengebunden. Das gilt natürlich nur für Operationen in der Rückenlage, und wenn die Lage der Arme längs der Seiten des Stammes nicht stört. Allerdings kann bei solcher Stellung der Radialpuls nicht von dem Narkotisierenden kontrolliert werden, doch gehört nur wenig Uebung dazu, für die Pulsbeobachtung die Arteria maxillaris externa, am vorderen Rande des M. masseter, benutzen zu lernen; dagegen hat man den Vortheil, dass Drucklähmungen (durch zu starkes Emporheben des Armes) vermieden werden. (Die im Rudolfinerhaus verwendeten steifen Aermel sind aus gebogenen und gekitteten Celluloidplatten angefertigt und haben sich als dauerhaft bewährt. Sie sind von der Firma Steinprecher & Witzmann in Wien I., Rauhensteingasse 5, geliefert.)

(Geburtshilflich-Gynaek. Gesellschaft in Wien, 20. Nov. 1905. — Wiener klin. Wochenschrift 1906 No. 3).

**Angina.** Bei A. und ähnlichen schmerzhaften Halsaffektionen lobt Strzyzowski (Lausanne) sehr folgendes (jedesmal frisch zu bereitendes) Gurgelwasser:


Rp. Tct. Ratanh. 30,0

Chloroform 5,0

Ol. Salviae 1,0

M. D. S. 20—30 Tropfen auf  $\frac{1}{4}$  Glas  
recht warmen Wassers zum Gurgeln.

(Therap. Monatshefte, Januar 1906.)

**Ein Fall von acuter nicht eitriger Thyreoiditis**, im Anschluss an eine A. wurde von Dr. Ed. Stadler (Leipzig, medic. Klinik) beobachtet und wie folgt geschildert: Der 49jähr. Rittergutsbesitzer N., in der Nähe Leipzigs ansässig, suchte am 14. April 1905 wegen einer starken Schwellung des Halses, die ihm lebhaftes Athem- und Schlingbeschwerden verursachte, die Klinik auf. Er gab an, ausser einer Ischias, welche er vor 12 Jahren durchmachte, stets gesund gewesen zu sein, namentlich nie an einer Halskrankheit gelitten zu haben. Der behandelnde Arzt theilte mit, dass Herr N. vor 8 Tagen an einer Anschwellung der Ohrdrüsen und der hinteren Halsdrüsen ohne Fieber erkrankt sei. Die Schwellung sei bald zurückgegangen, vor 2 Tagen aber unter Schluckbeschwerden und heftigen ziehenden Schmerzen hinter beiden Ohren eine schnell zunehmende Anschwellung des ganzen Halses aufgetreten. Seit heute bestehen totale Stimmlosigkeit, erschwerte Athmung, heftige Schlingbeschwerden und Hustenreiz. Die Untersuchung ergibt einen grossen, fettleibigen, aber muskelschwachen Mann mit mässiger Cyanose des Gesichts. Die Athmung geht unter lautem inspiratorischen Stridor vor sich. Die vordere Hälfte des Halses ist stark aufgetrieben, sodass der Kopf hintenüber gehalten wird. Entsprechend der ganzen Ausdehnung der Schilddrüse sieht und fühlt man einen äusserst derben, wenig druckempfindlichen Tumor von glatter Oberfläche ringförmig sich vorwölben, der sich gegen die Umgebung scharf abgrenzen lässt. In der Mitte sitzt die Geschwulst fest auf den Sternalenden der Schlüsselbeine auf, reicht aufwärts bis fast zum Pomum Adami. Beim Versuch, zu schlucken, macht sie ebenso wie der Kehlkopf keine Mitbewegung. Seitlich erstreckt sich die Geschwulst beiderseits bis zur Mitte der Mm. sternocleidomastoidei. Die Submaxillardrüsen und die linke Ohrdrüse sind geschwollen. Das Unterhautzellgewebe des Halses erscheint über der Schilddrüse leicht infiltrirt, die Haut des Halses ist diffus geröthet und fühlt sich heiss an. Mandeln und vordere Gaumenbögen, sowie die ganze Kehlkopfschleimhaut sind geröthet, nicht merklich geschwollen. Die Stimmbänder lassen beim Phoniren einen Spalt zwischen sich frei. Die Brust- und Bauchorgane ergeben keinen krankhaften Befund. Der Urin enthält Eiweiss (3 Prom.) und Blut, granulierte und Blutcylinder, Nierenepithelien. Die Körpertemperatur ist normal. Die Zahl der weissen Blutkörperchen beträgt 16 000 im Kubikmillimeter. 

strich von den Tonsillen finden sich Streptokokken in Reincultur. Im Laufe der nächsten Tage werden unter Eisumschlägen, Gurgeln etc. die Beschwerden allmählich geringer. Zuerst bessert sich die Athmung und das Schlucken. Am 22. April ist von der Laryngitis nichts mehr nachzuweisen, die Stimmbänder klaffen jedoch beim Anlauten noch merklich, die Aphonie ist auch noch unverändert. Die Schilddrüse fühlt sich nicht mehr so prall gespannt an als anfangs, die Geschwulst hebt sich aber deutlicher ab, nachdem die begleitende Schwellung des Unterhautgewebes am Halse geschwunden ist. Die hämorrhagische Nephritis geht vom 26. April ab ebenfalls zurück. Am Tage der Entlassung aus der Klinik (14. Mai) zeigt die Isthmuspattie der Schilddrüse noch eine fühlbare Verdickung und Vermehrung der Resistenz, die beiden Seitenlappen sind nur mehr undeutlich von dem umgebenden Gewebe abzugrenzen. Die Stimme ist bei blässer Larynxschleimhaut noch ausgesprochen heiser. Weitere Beschwerden bestehen nicht. Der Urin ist frei von Eiweiss. Mitte August war bei einer erneuten Vorstellung des Patienten von der Schilddrüsenerkrankung, nichts mehr nachzuweisen. — Im Anschluss an eine ohne merkliche Temperatursteigerung verlaufende katarrhalische Angina waren gleichzeitig eine acute Entzündung der Schilddrüse in ihrer ganzen Ausdehnung und eine hämorrhagische Nephritis aufgetreten. Ohne dass es zu schwereren Störungen des Allgemeinbefindens kam — es fehlten jegliche Symptome ausgesprochener Toxinwirkung —, klangen die Krankheitserscheinungen der beiden betroffenen Organe in fast gleichem Maasse ab, ohne schliesslich merkliche Spuren zu hinterlassen. Bemerkenswerth ist ferner die Beobachtung, dass der geschwollene, sehr breite Mittellappen der Thyreoidea, welcher bis unmittelbar zu den Sternoclaviculargelenken reichte, den Kehlkopf augenscheinlich nach oben gedrängt und in dieser Stellung fixirt hatte, sodass von einer Mitbewegung desselben beim Schlucken keine Rede war. In den ersten Tagen der Erkrankung war durch den Ausfall dieser für den Schluckact nothwendigen Bewegung jegliche Nahrungsaufnahme für den Kranken unmöglich.

(Münchener med. Wochenschrift 1906 No. 4.)

— Bei **Angina pectris** sind in der I. Medicin. Klinik der Universität Berlin folgende Ordinationen üblich:

Rp. Nitroglycerini . 0,0005 ( $\frac{1}{2}$  mg)  
 D. in tab. (Burroughs, Wellcome & Co.) täglich 1 Tabl.  
 zu nehmen, oder schneller wirkend:

Rp. Nitroglycerini . . 1,0  
 Spiritus vini . 100,0

MDS. 1—10 Tropfen 3 mal täglich in Wasser zu nehmen.

Bei kleinem Puls:

Rp. Digalen  
 DS. 1 ccm subcutan zu injiciren.

Rp. Digitalysat Bürger . 15,0  
 3 mal täglich 10 Tropfen.

Rp. Tinct. strychni  
 „ digitalis aa . 5,0  
 „ Valerianae . 15,0

MDS. 3 mal täglich 15 Tropfen.

(Medicin. Klinik 1906 No. 5.)

### **Augenentzündungen. Bier'sche Stauungshyperaemie**

**bei Augenkrankheiten** wurde in der Kgl. Univers.-Klinik in München versucht, wie Oberarzt Dr. Renner von dort mittheilt. Es wurde — aber nur bei jugendlichen Individuen — die von Bier empfohlene 3 cm breite Gummibinde 6—12 Stunden täglich am Halse angelegt. Diese Behandlung bewährte sich speciell bei *Keratitis parenchymatosa*. Es wurden 5 Fälle behandelt und in jedem nach 2—4 wöchentlicher Behandlung beträchtliche Besserung erzielt. Eine schädliche Wirkung trat nie zu Tage, die Pat. verrichteten ihre Beschäftigungen ohne Beschwerden.

(Münchener med. Wochenschrift 1906 No. 2.)

**Itrol Crédé in verbesserter Aufmachung** empfiehlt Dr. F. R. v. Arlt (Wien). Itrol ist sehr lichtempfindlich und leicht zersetzlich durch in der Luft enthaltene Gase. Es kann nur mit Nutzen benutzt werden, wenn besondere Vorsichtsmaassregeln getroffen werden. Seit 1904 wird das *Itrol Crédé pro oculis* von der Firma v. Heyden auf seine Veranlassung in schwarzen Flaschen mit stark vorragendem Kork und nur  $\frac{1}{2}$  g Inhalt (für grosse Ambulatorien 1 g) abgegeben, und giebt Autor auf Grund seiner Erfahrungen folgende Vorschriften:

1. Man verwende nur Itrol Crédé pro oculis nur in Flaschen à 0,5 g; in grossen Ambulatorien à 1 g Inhalt.

2. Man schliesse gleich nach dem Gebrauche die Flasche mit dem gut passenden Kork.

3. Man gebrauche eine Flasche höchstens 3 Tage besonders bei Hornhautgeschwüren und bei Bindehautentzündungen mit geringer Secretion; ist aber, wie bei acuten Blennorrhöen, die Secretion sehr reichlich, so mag allenfalls ein Fläschchen 5 Tage hindurch bei diesem Falle verwendet werden.

(Wochenschrift für Therapie u. Hygiene des Auges, 22. Januar 1906.)

- **Die armierte Sonde** empfiehlt warm Augenarzt Dr. Haass (Viersen). Mit dem Höllensteinstift ist es unmöglich, feine und feinste Aetzungen vorzunehmen, eine punktförmige Cauterisation vorzunehmen, ist äusserst schwierig; das Material ist zu zerbrechlich, spitzt man den Stift auch fein, er wird sehr bald stumpf oder bricht gar ab; in tiefe Fistelgänge kommt man gar nicht hinein. Aber Höllenstein ist andererseits leicht schmelzbar, und so kann man bequem dünne Aetzstäbchen schaffen, indem man feine Silberdrähte oder Sonden mit dem geschmolzenen und sogleich wieder erstarrenden Höllenstein überzieht. So entsteht die „armierte Sonde“, wie sie schon mehrfach mit bestem Erfolge benutzt worden ist. Um sich solche Sonden rasch und bequem überall armieren zu können, wo und wie man sie gerade braucht, hat Autor ein kleines Besteck zusammengestellt (Medicin. Warenhaus in Berlin), welches die Anfertigung der Sonden auch am Krankenbette ermöglicht. Die Silbersonden sind mit einem Handgriff versehen, die eine bequemere Handhabung zulassen, als ein nur wenige mm dicker Draht. Das Besteck enthält (auch für andere, als nur augenärztliche Zwecke) Sonden von verschiedener Stärke und auch solche mit knopfförmigem Ende, ferner ein kleines Schmelzröhrchen, ein Vorrathsröhrchen für einige Stücke Höllenstein, einen Handgriff für das Schmelzrohr, in dessen ringförmiges Ende letzteres eingeschoben und so über einer Flamme erhitzt werden kann. Man bringt so etwas Höllenstein zum Schmelzen, taucht die eben etwas angewärmte Sonde in den flüssigen Höllenstein und zieht sie rasch wieder heraus, will man nur einen feinen, etwas langsamer, will man einen stärkeren Ueberzug haben. Die Masse erstarrt sofort, die Sonde ist fertig und kann event. zu feinsten Aetzungen (der kleinen Abscesschen z. B. bei Blepharitis ulcerosa, Ulcera corneae, Thränensackfisteln) benutzt werden, natürlich auch bei entsprechenden Indicationen aus anderen Gebieten. Zur Verödung von Hohlräumen (z. B. nach der Auslöfflung von Chalazien) eignen sich speciell die knopfförmigen Sonden.

Ueberall, wo es sich um ganz circumscriphte, fein zu dosirende Aetzungen, um Verödung feiner Fistelgänge und kleiner Höhlungen handelt, wird das Instrumentarium die besten Dienste leisten.

(Wochenschrift für Therapie u. Hygiene des Auges, 1. Februar 1906.)

Ueber die **Wasserstaubdouche** macht Dr. F. R. v. Arlt (Wien) folgende Mittheilung: „Zum Zerstäuben von Lösungen eignet sich am besten ein Zerstäuber mit Doppelgebläse mit sehr feinem Mundstück, und er ersetzt in einer Reihe von Binde- und Lidhautkrankheiten das Tropfröhrchen oder den Glasstab um so besser, als damit jede Möglichkeit der Uebertragung infectiöser Formen ausgeschlossen ist. Die zu meinen Versuchen verwendeten Medicamente: Borsäure, Borax, Jodjodkali, Kalium permanganicum, Tannin und Zincum sulf. werden jedoch nicht in der sonst gebräuchlichen Concentration, sondern in folgenden viel schwächeren Lösungen angewendet:

Acid. boric. sowie auch

Acid. biborac. 1 bis 2 g: 100 g aq. dest.:

Jodi p., Kali jod. aa 0.10:1000;

Kali permangan. 1 bis 2:1000;

Acid. tannic. 1:200;

Zinc. sulf. 1:1000.

Es zeigte sich schon nach wenigen Versuchen, dass die Wirkung von z. B. Zinc. sulf. 1:1000 als Spray intensiver sei als 1:200 in Tropfenform. Besonders empfehlenswerth ist diese Methode bei den durch Lidrüsensleiden unterhaltenen Katarrhen natürlich in Verbindung mit Lidsalben. Ist die grössere, vordere Birne vollgepumpt, so braucht man zum Halten und Richten nur eine Hand, um den Spray aus einer Entfernung von 10 bis 20 cm auf die Conjunctiva und Umgebung durch 10 bis 15 Secunden einwirken zu lassen — was vollkommen genügt. Mit der andern Hand kann man die Lider entsprechend offen halten.“

(Wochenschrift f. Therapie u. Hygiene des Auges, 22. Februar 1906.)

## **asedowsche Krankheit. Zur Kenntniss des Morbus**

**Basedowi** gibt Dr. L. Stein (Sanatorium Purkersdorf bei Wien) seine Erfahrungen wieder und betont vor allem, wie sehr sich ihm das Möbius'sche *Serum* bewährt hat. Selbst in veralteten Fällen kann mitunter das Antitoxin noch Erspriessliches leisten. Autor hat gegenwärtig einen

Fall in Behandlung, der ihm mit der Diagnose Myocarditis chronica und wegen des sich in letzter Zeit geltend machenden Marasmus überwiesen wurde. Seit 2 Jahren Herzbeschwerden und Athemnoth. Die Untersuchung des 56jährigen Pat. ergab ausser einer rechtsseitigen parenchymatösen Struma, die aber seit der Jugend bestehen und in den letzten Jahren angeblich nicht gewachsen sein soll, eine Verbreiterung des Herzspitzenstosses nach aussen hin, pulsatorische starke Erschütterung der ganzen Herzgegend und Verbreiterung des rechten und linken Ventrikels, ferner dumpfe Herztöne an allen Ostien. Puls weich, leicht zusammendrückbar, Puls in Ruhe 120, bei Emotion 140, arhythmisch. Die eigenthümliche Hast des Pat., ferner die seit Monaten bestehenden Diarrhoeen — letztere ein nicht genug zu beachtendes, oft schon sehr frühes Prodromalsymptom — zum Theil auch ein eigenthümliches, an Addison erinnerndes Colorit, nicht in letzter Reihe der sonst auf keine organische Basis zurückführbare Marasmus bestimmten Autor, einen Versuch mit Antithyreoidinserum zu machen. Er gab nur 2 mal täglich 15 Tropfen. Aber schon nach 4 Tagen eclatante Wirkung erkennbar. Puls 84—92, kräftig, Erschütterung der Herzgegend bedeutend geringer, allgemeine Unruhe gewichen; Patient gar nicht mehr kachektisch, sondern frisch, hat in den letzten 4 Wochen, seitdem er das Serum nimmt, 6½ kg an Körpergewicht zugenommen, ist frei von Herzklopfen und Athemnoth. Hier hatte also das Antitoxin nicht allein therapeutischen, sondern auch diagnostischen Werth. Autor möchte empfehlen, mit kleinen Dosen anzufangen. Denn wir haben keinen Maassstab in Händen, um im Einzelfalle auch nur annähernd den Grad des Hyperthyreoidismus bestimmen zu können; daher sind wir auch nicht in der Lage, die Dosis des Gegenmittels präcisiren zu können. Da es ausserdem bekannt ist, dass bei zu starken Dosen an Myxoedem erinnernde Zustände auftreten können, so mahnt dies, mit der Dosirung nur successive bis zu jener Höhe anzusteigen, nach der sich eine entschiedene Wirkung wahrnehmen lässt. Als Richtschnur dient immer das Verhalten des Herzens. Oft genügen schon 15 Tropfen, die man ein 2. Mal täglich, nicht vor Ablauf von 8 Stunden, wiederholen lässt. In schwereren Fällen ist man genöthigt, bis zu 2 mal 40—50 Tropfen zu steigen. Des schlechten Geschmacks wegen gebe man das Mittel nie bei nüchternem Magen und lasse es in etwas Pfeffermünz- oder Himbeerwasser oder in Milch

nehmen. Die Wirkung tritt bei mittelschweren Fällen nach etwa 8 Stunden ein und hält 8—10 Stunden an. Irgendwelchen Nachtheil hat Autor von der Anwendung des Serums nie gesehen, allerdings ging er nie über 5 g pro die hinaus. Das Serum ist aber recht theuer. Es ist da gut, dass wir einen Ersatz haben in der *Milch entkropfter Thiere*. Autor hat in 2 Fällen monatelang die Milch thyreoidectomirter Ziegen trinken lassen und dabei Resultate erzielt, die den mit Antitoxin erzielten nicht nachstanden. Aber es ist dabei Verschiedenes zu beachten. In erster Reihe muss dafür gesorgt werden, dass die Entkropfung von kundiger Hand geschehe. Die Ziege besitzt Nebenorgane der Schilddrüse, welche nicht extirpiert werden sollen. Ferner soll die Operation am trächtigen Thiere, 3—4 Wochen vor dem Wurfe vorgenommen werden, damit die Wunde, die das Thier meist an der Nahrungsaufnahme behindert, zur Zeit des Wurfes bereits geheilt sei. Man beginnt dann 1 Woche nach dem Wurfe mit der Entnahme der Milch und bekommt bei Kuhziegen mit mittlerem Euter 1—1 $\frac{1}{4}$  L. Milch, aber nur 4 Monate, von da ab nur  $\frac{1}{4}$ , später nur  $\frac{1}{8}$  L. pro Tag. Benötigt man weiter Milch, so muss man beizeiten eine andere Ziege befruchten lassen, da die thyreoidectomirte nicht mehr concipirt. Auch muss man dem entkropften Thiere einige Pflege angedeihen lassen, ganz besonders darauf sehen, dass dasselbe tagsüber im Freien gras. — Zum Schluss hebt Autor einige Symptome der B. hervor, die zu wenig gekannt werden. In 2 Fällen setzte die Erkrankung mit einem beträchtlichen Oedem der Augenlider ein. Von einer Protrusion der Bulbi war damals noch keine Spur. Dies führte sogar in dem einen Falle dahin, da 14 Tage lang das Oedem nur auf die beiden Lider des rechten Auges beschränkt war, eine Entzündung des rechten Antrum Highmori anzunehmen und dasselbe zu trepaniren. Bald trat in diesem Falle auch Doppeltsehen, eines der seltensten Symptome der B., ein, sodass man an Tumor der Orbita dachte. Erst nach 6 Wochen trat Protrusion des rechten und bald darauf auch des linken Bulbus auf. In einem Falle sah Autor neben starkem Speichelflusse, analog der gesteigerten Thätigkeit der Darmdrüsen, auch eine gesteigerte Secretion der Geschlechtsdrüsen, welche sich, trotz des allgemeinen Schwächezustandes des Pat., in häufigen Samenergüssen kundgab.



- **Zur Behandlung der B. mit Röntgenstrahlen** liefert Dr. R. Stegmann (Rudolfinerhaus in Wien-Döbling) einen Beitrag. Derselbe hatte schon früher 2 Fälle von B. durch Bestrahlungen der Struma zur Heilung gebracht, und er verfügt jetzt über einen 3. derartigen Erfolg. Bei einem 14jähr. Mädchen, bei welchem alle sonst bei B. angewandten Therapieversuche vollständig wirkungslos geblieben waren, wurde durch 7 Bestrahlungen Heilung erzielt. Diese 3 Fälle zeigen also, dass eine Heilung der B. durch Bestrahlung der veränderten Schilddrüse möglich ist. Durch die Bestrahlung des pathologischen Organs findet wahrscheinlich eine Laesion der Drüsenepithelien statt, die jedenfalls zu einer quantitativen und qualitativen Veränderung der Secretion führt. Es sollte also der ganz unbedenkliche Versuch mit Röntgenbestrahlung bei B. nicht unterlassen werden.

(Wiener klin. Wochenschrift 1906 No. 8.)

- Erysipel.** Die **Behandlung des E. mit Formol** empfiehlt Teutschländer (Asil Wil). Er wandte in 2 Fällen die käufliche 40%ige Formollösung zu Einpinselungen am Rande der Entzündungssphäre an. In beiden Fällen handelte es sich um Personen, die die Krankheit bereits zu wiederholten Malen, und zwar stets sehr heftig gehabt hatten, und bei welchen der Process, unbekümmert um die Therapie, erst aufhörte, nachdem er die Runde um das Gesicht beendet hatte. Jetzt schon nach den ersten beiden Applicationen sistiren des Fortschreitens des Processes zu constatiren, nur wo es nicht möglich war, einzupinseln (am Auge) schritt derselbe im 1. Falle etwas weiter, während im 2. Falle von vornherein brillenähnliche Kreise um die Augen gezogen wurden. Auch Allgemeinbefinden zeigte nach den Pinselungen eclatante Besserung und in ca. 4 Tagen war alles beendet. Der Erfolg war beide Male so deutlich, dass er nur auf die Therapie bezogen werden kann.

(Correspondenz-Blatt f. Schweizer Aerzte 1906 No. 2.)

- **Chinin bei E.** empfiehlt auf Grund seiner Erfahrungen Dr. J. Kaczvinsky, Oberarzt des Krankenhauses in Gyula. Er gab seinen Pat. 6stündlich 0,25 und sah so gute Erfolge, dass er das Chinin als Specificum gegen die Erysipelerreger ansehen zu dürfen glaubt.

(Monatshefte für prakt. Dermatologie 1906, Bd. 42 No. 4.)

**Furunculosis.** Ueber die Verwendbarkeit der concentrirten Carbolsäure zur Behandlung des Scrophuloderma und der F. macht Dr. H. Vörner (Medic. Poliklinik Leipzig) Mittheilung. Scrophulodermen heilen ja auch spontan, bedürfen hierzu aber einiger Zeit und führen gewöhnlich zu erheblicher Narbenbildung. Die Carbolbehandlung beschleunigt die Heilung und verhindert eine grössere Entstellung. Die Herde werden bis zu 8 Tagen hintereinander täglich 1 mal touchirt, das abgestorbene Gewebe event. mit scharfem Löffel ausgehoben. Zur Betupfung benutzt Autor eine *concentrirte Auflösung von reiner krystallisirter Carbolsäure in absolutem oder rectificirtem Alkohol* (wirksamer als Acid. carb. liquef.), hierauf einen indifferenten Salbenverband. — Wichtiger noch ist die Carbolbehandlung für die F. Autor unterscheidet zwischen unerweichten und mehr oder weniger fluctuirenden Knoten, zwischen kleineren und grösseren. Bei unerweichten kleineren Furunkeln genügt eine centrale Betupfung. Bei grösseren macht Autor mit einer feinen Nadel oder Sonde so tief als möglich die Aetzung der central gelegenen Haarbälge resp. Talgdrüsenöffnungen. Ist ein centraler Canal auffindbar, so wird in denselben so tief als möglich das Medicament mit einem der Dicke des Canals entsprechenden Instrumente hineingebracht. Bei erweichten Knoten wird die natürliche Oeffnung benutzt oder durch Einstich eine solche geschaffen. Tauschirung 1 mal täglich. Oft genügt eine einzige, manchmal muss man die Betupfungen mehrere Tage wiederholen (bis zu 8 Tagen, je nach Grösse). Im übrigen werden am 1. und 2. Tage, namentlich bei erheblicher Schwellung, Umschläge verordnet, dann eine indifferente Salbe (Bor, Arg. nitr.) verwendet. Pflaster nicht empfehlenswerth. Vielfach gar kein Verband nöthig. Auch wenn sehr viele Furunkel vorhanden waren, erfolgte Heilung nach mehrtägiger Behandlung. Diese bewährte sich auch bei der F. der Säuglinge (5 Fälle). Es wurden sofort sämmtliche Knoten touchirt, worauf bereits am folgenden Tage  $\frac{1}{4}$  bis  $\frac{2}{3}$  derselben zurückgingen; am 3. Tage wurden die hartnäckigen incidirt und die Höhle touchirt. Heilung in 6—11 Tagen. Bei kleineren Furunkeln reicht im Allgemeinen eine Betupfung aus, bei grösseren ist Wiederholung an den nächsten Tagen nöthig. Autor hat noch von keiner Behandlung so günstige Resultate gesehen.

- Ueber einen **Gesichtsfurunkel mit metastatischen Eiterungen (subphrenischem Abscess)** berichtet Dr. P. Manasse (Berlin). Ein 20jähr. Mann bekam am Kinn einen Furunkel, der sehr tief ging. Dieser Furunkel brachte dem Pat. eine sich über Monate erstreckende, schwere Leidenszeit, in welcher eine grössere Reihe von Eingriffen nöthig wurde. Zunächst etablirte sich in der Mitte des Halses eine tiefe Phlegmone, dann in der Scheide der grossen Halsgefässe rechts ein gewaltiger Senkungsabscess, darauf in der rechten Gesässmusculatur Abscesse bis zu Kindskopfgrösse, Abscedirungen im rechten Nebenhoden und in der linken Gesässmusculatur, ein Abscess am linken Schambeinkamm, am rechten Oberschenkel. Endlich mehrwöchentliche Ruhepause. Dann aber von neuem Fieber und andere Erscheinungen, besonders dauernd Schmerzen auf der rechten Seite des Leibes. Untersuchungsbefund: In der rechten Regio lumbalis, dicht an der 12. Rippe, leichte Anschwellung der nicht gerötheten Weichtheile. Dämpfung des Lungenschalls im Bereiche des rechten Unterlappens von der 9. Rippe angefangen, Fortsetzung der Dämpfung nach vorn bis über die mittlere Axillarlinie hinaus; über der gedämpften Parthie abgeschwächtes Vesiculärathmen und abgeschwächter Pectoralfremitus; oberhalb der Dämpfung normaler Lungenbefund; die untere Lungengrenze rechts bei der Athmung gut verschieblich; Leberdämpfung nicht vergrössert, dagegen grosse Milzdämpfung; Leib etwas aufgetrieben, die prall gespannten Bauchdecken hinderten eine Palpation der Bauchorgane; im Bereich der unteren rechten Thoraxparthie und dicht unterhalb der 12. Rippe auffallende Druckempfindlichkeit. Die Thatsache, dass ein unter Fieber und septischen Allgemeinerscheinungen verlaufender Process einen Herd in dem untersten Theile der rechten Thoraxhälfte erzeugt hatte, welcher Lunge und Bauchfell freigelassen — dafür sprach, abgesehen von der Anamnese und dem klinischen Bilde, die gute Verschiebbarkeit der unteren Lungengrenze bei tiefer Athmung und der normale physikalische Befund oberhalb der Dämpfung — liess auch ohne Probepunction einen Abscess unterhalb des Zwerchfells mit grösster Wahrscheinlichkeit annehmen. In der That fand sich bei der Operation eine mannsfaustgrosse Eiterhöhle zwischen Zwerchfell und hinterer oberer Leberfläche, zu deren Freilegung Resection der 12. und 11. Rippe erforderlich war. Pat. erholte sich rasch, später aber kam noch eine Eiterung am Unterkiefer vor. Pat. ist seitdem wieder arbeitsfähig geworden.

**Herpes. Localbehandlung des H. labialis mit 6%igem Jod-**

**vasogen** (Pearson) empfiehlt Regimentsarzt Dr. Fr. Halbhuber (Wien). Bevor ein H. labialis zum Ausbruch kommt, zeigt sich auf den Lippen ein eigenartiges Brennen und Jucken. In diesem Stadium vermag eine leichte Massage mit 6%igem Jodvasogen den H. zu unterdrücken. Doch kommt der H. gewöhnlich erst später in Behandlung, wenn bereits Blasenbildung entstanden ist. In diesem Stadium genügt eine 3—4malige Verreibung einer ganz geringen Menge des Jodvasogens auf der gerötheten und erhabenen Stelle mit der Fingerspitze, um die Bildung einer stärkeren eitrigen Exsudation und die folgende Krustenbildung zu verhindern. Es erfolgt unter einer weichen, elastischen Kruste die Abheilung des H. in etwa 8 Tagen. Es wird durch das Jodvasogen das Eitrigwerden der Bläschen verhütet und dadurch der Heilungsprocess beschleunigt. Findet im Verlaufe des letzteren ein Abreissen der Kruste statt, so applicirt man wiederum das Jodvasogen, wodurch event. Blutungen gestillt und die weitere Heilung begünstigt werden. Man reibt am besten am 1. Behandlungstage das Jodvasogen gleich 3—4mal ein, an den folgenden Tagen nur noch 1mal.

(Wiener med. Presse 1905 No. 48.)

— **Ueber H. laryngis et pharyngis (nebst Beiträgen zur Frage der Schleimhauterytheme)** lässt sich, unter Schilderung zahlreicher eigener Beobachtungen, Dr. E. Glas (Chiari's Klinik in Wien) aus. Der H. laryngis ist eine relativ seltene Erkrankung. Um so auffallender erschien es, als im vorigen August der H. laryngis, zum Theil mit H. pharyngis vergesellschaftet, förmlich in Form einer kleinen Epidemie (14 Fälle) auftrat. „Im allgemeinen treten nach kurz andauerndem Prodromalstadium mehr weniger starke Schluckbeschwerden und Stechen im Halse auf. Bei manchen Patienten gesellt sich Heiserkeit und leichte Athemnoth hinzu. Die Dysphagie kann manchmal ziemlich hohe Grade erreichen, sodass die Kranken keinerlei Nahrung zu sich zu nehmen vermögen. Hie und da Febris continua über 38°, manchmal subfebrile Temperatur. Wenn man solche Patienten in den ersten Tagen ihres Unwohlseins untersucht, kann man oft nur den Befund einer acuten diffusen Laryngitis erheben. Mitunter ist aber die Localisation des Katarrhes auffallend, indem der Aditus laryngis hauptbetheiligt ist und die Röthung und Schwellung vorzüglich die Epiglottis, die aryepiglottischen

und pharyngoepiglottischen Falten befallen hat. Im Laufe weniger Tage nehmen die Beschwerden an Heftigkeit zu, und treten eben dieser Localisation entsprechend mohnkorn-grosse bis linsengrosse, nicht stark prominente, mit weisslichem Inhalt gefüllte Bläschen auf rothem Grunde auf, welche z. Th. zerstreut ohne jegliche Anordnung, z. Th. in Gruppen beisammen liegen. Der Bestand dieser Bläschen ist ähnlich dem anderer Bläschenarten dieser Localisation ein mehr weniger ephemerer. Nach Trübung des Inhaltes kann es in kurzer Zeit zum Einriss der macerirten Decke kommen, woraus kleine dellenförmige oberflächliche Substanzverluste auf röthlichem Grunde entstehen, welche bei oberflächlicher Beobachtung noch immer als flache Bläschen auf leicht erhöhtem Grunde angesprochen werden könnten. In vielen Fällen erfolgt nach Abstossung der Decke die Heilung rasch, in einigen jedoch konnten wir wiederholt neue Eruptionen solcher Herpesefflorescenzen beobachten, sodass man mit Recht dann von einem recidivirenden Herpes sprechen kann, wie ja auch schon ähnliche Fälle von Flatau als „chronisch recidivirender Herpes der Mundhöhle“ und von M. Schmidt als chronischer Rachen- und Kehlkopferpes beschrieben wurden.“ Autor beschreibt zunächst 7 *typische Fälle* und fügt hinzu: „Die kurze Beschreibung dieser sieben Fälle von Kehlkopferpes zeigt den ziemlich typischen Verlauf dieser seltenen Erkrankung. Auffallend erscheint mit Rücksicht auf die in der Literatur niedergelegten Daten der Mangel äusserer Erscheinungen bei unseren Fällen, da in keinem derselben ein Herpes facialis oder labialis zur Beobachtung kam. Doch konnte so ziemlich in allen — auch in den noch weiter unten zu beschreibenden sieben Fällen — eine nebenher verlaufende, mehr oder weniger starke Laryngitis acuta beobachtet werden. In einzelnen der Fälle war in den ersten Tagen der Untersuchung überhaupt nur der Befund eines acuten Katarrhs. zu erheben, zu welchem sich erst im Laufe der folgenden Tage die Eruption der Herpesefflorescenzen hinzugesellte. Doch fiel, wie bereits oben bemerkt, die Localisation des Katarrhs auf, indem die Epiglottis und der Kehlkopfeingang gewöhnlich wesentlich stärker befallen sind als Stimm- und Taschenbänder. Nur in Fall VII konnten Bläschenreste in den hinteren Theilen der Stimmbänder in Form kreisrunder, mit elevirtem Rande versehener dellenförmiger Substanzverluste constatirt werden. Was die Localisation der Herpesefflorescenzen betrifft, ist auch mit Rücksicht auf den nicht selten be-

gleitenden Pharynxherpes auf die Wand des Hypopharynx besonders Rücksicht zu nehmen. Ich sah, wie einige Male gerade diese Localisation übersehen wurde, da meist der Spiegel so eingestellt wird, dass diese Parthie des Pharynx nur schlecht zu Gesicht kommt. Zungenbasis und Hypopharynx seien bei Verdacht auf Herpes immer besonders genau inspiciert.“

Bezüglich des Kapitels „*Reizung und Efflorescenzen*“ konnte Autor die Beobachtung machen, dass Herpesefflorescenzen gerade an jenen Stellen besonders auftraten, welche einem stärkeren Druck ausgesetzt erschienen; in 2 Fällen etablirten sie sich da, wo benachbarte Polypen ständige Reizung bewirkten. Sodann Beschreibung eines Falles, wo nur *eine solitäre Efflorescenz* wahrzunehmen war. Weiter 2 in die Gruppe des *chronisch recidivirenden H.* gehörige Fälle, d. h. solche, wo innerhalb weniger Tage neue Bläschenruptionen erfolgen. Da gerade solche Formen eine gewisse Aehnlichkeit mit den Efflorescenzen des „*acuten*“ *Pemphigus* haben, geht Autor auf die Differentialdiagnose dieser beiden Affectionen ein und gibt als differentialdiagnostische Momente an:

1. Die Blasen des *Pemphigus* sind viel weniger beständig als die des Herpes, was sowohl mit der Art der Exsudation als auch mit der Grösse derselben zusammenhängt. Chiari hat *Pemphigus*blasen im Laufe einer halben Stunde platzen gesehen, was mit der schnellen Exsudation und Maceration zu erklären ist. Hier und da kommt es bei *Pemphigusefflorescenzen* überhaupt nicht zur Blasenbildung, wenn nämlich die Exsudation ins Epithel langsam verläuft.

2. Die Grösse der Blasen. Bei *Pemphigus* sind sie verschieden gross, von Erbsen- bis Hellergrösse und darüber, bei Herpes sind die primären Efflorescenzen stecknadelkopf- bis kleinlinsengross und zeigen, ehe es zur Confluenz einzelner Efflorescenzen gekommen ist, beiläufig gleiche Grösse.

3. Die Tiefe der aus den Blasen entstehenden Substanzverluste, welche bei *Pemphigus* gewöhnlich viel beträchtlicher ist, wie ja bei letzterem nicht selten Narben und sogar Verwachsungen zustande kommen (Fuchs und Kaposi). [Landgraf.]

4. Die Epithelfetzen finden sich bei *Pemphigus* nach Platzen der Blase fast regelmässig in Form zerrissener, weisslicher, unregelmässiger Lappen am Rande des Substanzverlustes, während diese bei den kleinen Herpes-

bläschen kaum oder gar nicht zu finden sind, es sei denn, dass es sich um aus confluirenden Bläschen resultirende Substanzverluste handelt.

5. Die Umgebung der Pemphigusefflorescenzen zeigt, wie wir bei einer grossen Zahl von Fällen wahrnehmen konnten, Auflockerung und Neigung zu Blutungen, nicht selten auch der Grund der Efflorescenz, während wir bei Herpeseruptionen derartige Schleimhautblutungen nicht wahrgenommen haben.

6. Bei Pemphigus fallen in der grossen Mehrzahl der Fälle die Begleitsymptome acuter Entzündung im Larynx weg, während die rothen excoriirten Stellen mit den lappigen, weisslichen Epithelfetzen das Bild beherrschen.

7. Die Histologie der Blasen, indem sie bei Pemphigus zumeist einkammerig sind, i. e. nur spärliche Epithelbalken in der Höhlung zu finden sind.

Wenn noch dazu die Anamnese, die eventuelle Mitbetheiligung der äusseren Haut und der allgemeine Zustand in Betracht gezogen wird, wird die sichere Diagnosenstellung bereits in den ersten Tagen der Beobachtung durchaus nicht schwierig sein.

Autor schildert ferner einen Fall, wo der *H. laryngis* bei einem an Pemphigus der Haut leidenden Pat. auftrat, jedoch in wenigen Tagen wieder verschwand. Die Diagnose konnte mit Rücksicht auf den acut fieberhaften Verlauf des Processes, die Form der Efflorescenzen, den raschen Ablauf der Erkrankung, sowie die herrschende Epidemie gestellt werden. Folgen 2 Fälle von *Erythem der Mundschleimhaut*; der eine Fall schwand in wenigen Tagen, der andere brauchte 3 Wochen zur völligen Ausheilung. Erythema multiforme der Mund- und Rachen-schleimhaut als Begleitsymptome der gleichen äusseren Hauterkrankung ist schon beobachtet worden, wie hier aber, ohne Hauterkrankung, bisher noch nicht. Es handelte sich also um seltene Fälle eines isolirten Erythema multiforme der Mundschleimhaut, für welche Diagnose die Art der Efflorescenzen sowie die des Verlaufes sprachen. „Auffallend ist vor allem die Polymorphie dieser Efflorescenzen. Eine Anzahl unregelmässig gestalteter, z. Th. kreisrunder, z. Th. serpiginös begrenzter oberflächlicher Substanzverluste, welche an mehreren Stellen durchfeuchtet, an anderen mehr trocken erscheinen. Flecken, welche sich innerhalb kurzer Zeit vergrössern und völlig denen der äusseren Haut an Form und Art der Ausbreitung gleichen. Einzelne der Erosionen betreffen nur die

obersten Schichten, andere greifen etwas weiter in die Tiefe, manche auf Berührung leicht blutend, bei Palpation besonders schmerzhaft. Einzelne Efflorescenzen wenige Tage nach ihrem Auftreten wieder schwindend, andere sich peripher vergrößernd und confluierend, an mehreren Randstellen grösserer Kreise feine wasserhelle Bläschen: Das ganze Bild vom Typus der benignen Form des Erythema multiforme (laeve, vesiculosum et circinatum). Auch die im Beginn der Hauterkrankung beobachtete. von manchen als typisch bezeichnete Gemüthsdepression war in beiden Fällen in mässigem Grade vorhanden.“ Schliesslich wird in der Casuistik noch ein besonderer Fall von H. febrilis erwähnt, der sich durch den Inhalt der Efflorescenzen auszeichnete. Es konnten nämlich in den Bläschen neben Kokken die bei der Vincent-Plaunt'schen Angina gefundenen Mikroorganismen constatirt werden; es handelte sich hierbei um einen chronisch recidivirenden H. des Pharynx und Larynx.

(Berliner klin. Wochenschrift 1906 No. 7 u. 8.)

**Hyperhidrosis.** Die Behandlung der H. mit Lenicet empfiehlt Dr. Lengefeld (Dr. Max Joseph's Poliklinik, in Berlin) auf Grund der an 45 Fällen gemachten Erfahrungen, die recht günstig lauten. Lenicet ist ein neues Aluminiumacetat; ein höchst feines, weisses, luft- und lichtbeständiges, nicht hygroskopisches, völlig ungiftiges Pulver, eine condensirte, wasserfreie Form des in der essigsauren Thonerdesolution gelösten Aluminiumacetats. Anfangs wurde es pur angewandt (2mal täglich einge-  
rieben) oder zu 50% (mit Talcum), bis sich ergab, dass auch 20%iger Puder in den meisten Fällen ausreicht, um die H. bald zu bessern resp. zum Verschwinden zu bringen. Auch die desodorisirende Wirkung des Lenicets ist eine hervorragende.

(Deutsche med. Wochenschrift 1906 No. 36.)

— **Lenicet** hat auch Dr. A. Zobel (Stepenitz) bei H. manuum et pedum mit bestem Erfolge benutzt, besonders als 50%iges Einstreupulver; das Mittel lässt sich bequem anwenden und hat keinerlei nachtheilige Einwirkung auf die Haut.

(Dermatolog. Centralblatt 1906, No. 5.)

**Hysterie.** Ueber Brachialgie lautet eine Arbeit von Dr. H. Brassert (Nervenpoliklinik des Albert-Zweigvereins Leipzig), in der er einen einschlägigen Fall mittheilt. Unter



Brachialgie versteht man einen rein psychogenen und deshalb auch mit „*Psychalgia brachii*“ bezeichneten, einseitigen, bestimmte Nervenbahnen nicht innehaltenden, also diffusen Armschmerz, der sich auf allgemein neuropathischer Grundlage entwickelt, und mit dem in der Regel andere nervöse Symptome einhergehen. Er ist sonach von den bei Neuralgie, Neuritis, Spinalaffectionen, sowie bei den bei Erkrankungen der Knochen, Wirbel, Gelenke und Muskeln im Arm auftretenden Schmerzen scharf zu trennen. Ein 17jähriger Mechaniker hat seit 2 Tagen starke Schmerzen und Beweglichkeitsbehinderung im linken Arme, von welchen Erscheinungen er glaubt, dass sie von einer kleinen gerötheten Hautstelle am linken Unterarm herührten. Der dürftig genährte, blasse Pat. hält seinen linken Arm im Ellbogen gebeugt und bewegt ihn nur sehr ängstlich. Aeusserlich ausser einer ganz unbedeutenden Hautröthe an der Streckseite des Unterarms nichts wahrzunehmen. Dagegen besteht scheinbar hochgradige Schmerzhaftigkeit der ganzen Extremität bis hinauf zur Schulter, nicht nur die 3 Hauptarmnerven und der Plexus brachialis, auch Musculatur und Gelenke bei leichtem Druck bzw. Versuch passiver Bewegung ausserordentlich empfindlich. Abgeschwächter Rachenreflex, erhöhte Knie-reflexe, Ovaric. Pat. soll nervös veranlagt sein und zu Furunculose neigen. Zunächst locale Therapie (Ruhestellung, feuchte Einwickelungen); eher Verschlimmerung der Beschwerden. Elektrische Prüfung der Nerven und Muskeln ergab durchweg normale Reaction, auch die Sehnenreflexe am Arm prompt auslösbar, wie denn überhaupt ausser der diffusen, durch Ablenkung sichtlich beeinflussbaren und in den einzelnen Gliedabschnitten wechselnden Schmerzhaftigkeit sich auch weiterhin keinerlei Störungen nachweisen liessen. Pat. wurde, jetzt über das Fehlen jeder localen Erkrankung eindringlich aufgeklärt, zu regelmässigem Gebrauch des schmerzhaften Gliedes angehalten, mit Hydrotherapie, Diaet etc. behandelt, was so prompt wirkte, dass er bald wieder vollständig hergestellt war. Die Brachialgie war hier offenbar entstanden auf hysterischer Basis und unmittelbar ausgelöst durch eine wohl auf Furunkelbildung zurückzuführende, schnell vorübergehende Hautaffection, wodurch des Pat. Aufmerksamkeit dem betreffenden Gliede zugewandt wurde, sich mit der Vorstellung grosser Schmerzhaftigkeit desselben verbindend.

- **Bornyval bei traumatischen Neurosen** hat mit besten Erfolgen San.-R. Dr. G. Herzfeld (Berlin) angewandt. Er gab das Mittel bei 3 traumatischen Hysterien (2 Locomotivführer, 1 Zugführer), bei 2 traumatischen Melancholien (Locomotivführer), 4 traumatischen Hypochondrien und 3 Fällen von H. bei Unterleibsleiden (Frauen). Bei den durch Trauma hervorgerufenen Nervenstörungen traten die nervösen Herzbeschwerden hervorragend in die Erscheinung. Bei der Behandlung mit Bornyval sprang vor allem ein Punkt der Besserung in die Augen: Nach 3—5 Tagen, in welchen die Pat. täglich 3 Perlen Bornyval genommen, trat ein sichtlicher Umschwung in der Stimmung der Pat. ein; die Kranken fassten neuen Lebensmuth, fühlten sich wie neugeboren. In zweiter Linie wurde überraschend die gestörte Herzaaction beeinflusst; der Puls wurde kräftiger und langsamer, die Herzthätigkeit regelmässiger. Es wurde die Schlaflosigkeit gemildert, der Kräftezustand gehoben.

(Aerztl. Sachverständigen-Ztg. 1906 No. 4.)

### **Nephritis.** Zur Frage der medicamentösen Beeinflussung

**nephritischer Albuminurien** äussert sich Dr. H. F. Grünwald (II. Medicin. Klinik Wien). Löwi hat einwandfrei nachgewiesen, dass wir im Coffein und seinen Präparaten ein Mittel besitzen, das eine isolirte Einwirkung auf den Gefässbezirk der Niere ausübt. Aus den Thatsachen: raschere Durchblutung der Nieren, Erweiterung *nur* der Nierengefässe zog er den Schluss, dass das Coffein und seine Präparate, z. B. das Diuretin, vielleicht als causal wirkendes Heilmittel bei N. dienen könne; er stützte diese Ansicht darauf, dass die Nierengefässe beim Nephritiker wahrscheinlich besonders eng sind, wie dies schon Traube und Cohnheim angenommen haben; es seien die Nieren daher unzureichend ernährt und demzufolge ein gefässerweiterndes Mittel angezeigt. Weitere Erwägungen führten nun Grünwald zu der Annahme, dass vielleicht nicht hierin allein die Bedeutung des Diuretins als Heilmittel für die N. liege, sondern dass man unter Umständen auch eine durch Diuretin hervorbrachte Verminderung der Eiweissmenge im Urin erwarten könne. Er machte bei 3 Pat. Versuche mit Diuretin. Es wurde erzielt in den beiden ersten Fällen Zunahme der Urinmenge, bedeutende Abnahme des specif. Gewichtes, sowie der Eiweissmenge, im 2. Falle sogar vorübergehendes

Verschwinden des Albumens. Dort, wo Albumen „in geringen Spuren“ nachweisbar war, ist jedenfalls auch die Verringerung der Menge eine so bedeutende, dass sie nicht bloss durch die Zunahme der Urinmenge erklärt werden kann; es ist also zweifellos nicht nur verhältnissmässig, sondern auch absolut die Eiweissmenge stark herabgedrückt. Etwas anders lagen die Verhältnisse beim 3. Falle. Die Urinmenge war hier kaum vermehrt, das specif. Gewicht nicht verringert und auch die Albumenmenge zwar deutlich (von  $2\frac{1}{2}\%$  auf  $1\frac{1}{4}\%$  bei fast gleichbleibender Menge), aber nicht in dem Maasse herabgedrückt wie in den beiden anderen Fällen. Dies erklärt sich unschwer durch die in vivo angenommene und auch durch die Autopsie bestätigte, dem interstitiellen Processe entsprechende Verdickung und Rigidität der Nierengefässe, die somit durch das Diuretin nicht oder nur wenig beeinflusst werden konnten. Die dennoch deutliche Abnahme der Eiweissmenge dürfte in diesem Falle vielleicht ausschliesslich auf die raschere Durchblutung der Nieren zurückzuführen sein. Es wurden bei den Versuchen den Pat. 2 g Diuretin gegeben; kleinere Dosen wirkten nicht deutlich, grössere erwiesen sich als nicht erforderlich. Es scheint also, dass es Fälle von N. giebt, in denen das Diuretin einen bedeutenden Einfluss auf die Menge des ausgeschiedenen Albumens hat; insbesondere sind es die parenchymatösen Formen, die hier in Frage kommen. Ob dies bei einer grösseren Zahl von Fällen zutrifft und insbesondere ob eine systematische Behandlung derselben mit Diuretin eine dauernde Verminderung der Albuminurie zur Folge hat, lässt sich noch nicht sagen. Immerhin könnte man vermuthen, dass durch die hierdurch bewirkte bessere Durchblutung der Nieren die erkrankten Epithelien besser ernährt und somit auch in diesem Sinne eine günstige Beeinflussung des Processes hervorgerufen werden könnte. Inwieweit dies de facto zutrifft, müssen die weiteren Erfahrungen lehren.

(Centrallblatt f. innere Medicin 1905 No. 48.)

- **Haematurie und Albuminurie infolge von Urotropin** kommen vor. Dr. A. v. Karwowski (Posen) beobachtete einen derartigen Fall. Ein 48jähriger, stets gesunder Herr klagte über Schmerzen beim Urinlassen, sowie allgemeines Unbehagen, welches er seit einigen Tagen empfand. Die Untersuchung des Urins wies in dem ganz klaren Harn etwa 15—20 Körnchen von Harngries auf; Eiweiss und

Zucker fehlten. Autor verordnete 3 mal täglich eine Urotropinpastille à 0,5 g, in  $\frac{1}{2}$  Glas Wasser aufgelöst. Bereits nach 3 tägigem Gebrauch des Mittels waren alle Beschwerden weg, Harn frei von Gries. Pat. sollte noch einige Tage die Pastillen weiter nehmen, er kam aber nach 3 Tagen erschreckt zurück und klagte über grosse Schmerzen in der Nierengegend und am Blasenhal. Urin trübe, reichlich mit aus Epithelzellen bestehenden Flocken gemischt, enthielt 0,2% Eiweiss. Urotropin wurde sofort ausgesetzt, worauf nach 2 Tagen der Harn vollständig klar und eiweissfrei wurde. Auch späterhin fand sich nie mehr Eiweiss, traten nie mehr Beschwerden auf. Zweifellos war hier das Urotropin an der Albuminurie und Strangurie schuld. Bisher wurden 16 Fälle schwerer Reizung der Harnwege durch Urotropin beobachtet, welche in 13 Fällen Haematurie (1 mal mit Haemoglobinurie vergesellschaftet), in 3 Fällen Albuminurie verursachte. Im Vergleich zu der verbreiteten Anwendung des Mittels ist diese Zahl recht gering. In den meisten der Fälle stellten sich die pathologischen Erscheinungen erst nach mehrtägiger Ordination ein. Es konnte demnach von einer Idiosynkrasie keine Rede sein. Wie aus verschiedenen Versuchen hervorgeht, ist das Formaldehyd die Ursache der üblen Wirkungen des Urotropins, weil es nicht normalweise im Urin, sondern schon im Blute abgespalten wird und bei seinem Durchtritt durch die Nieren dann jene Reizerscheinungen hervorruft. Im obigen Falle wirkte das Urotropin ausgezeichnet harnlösend und, erst als es weiter gereicht wurde, bewirkte es Albuminurie. Es ist festgestellt, dass Formaldehyd mit Harnsäure die leicht lösliche Diformaldehydharnsäure bildet. Dies erklärt die schnelle Auflösung des Harngrieses. Auch hier trat die Albuminurie deshalb auf, weil bereits im Blute oder beim Passieren der Nierenkanälchen Formaldehyd abgespalten wurde, was durch die Ueberladung des Blutes mit Harnsäure, welche die Abspaltung des Formaldehyds befördert, ermöglicht wurde. Während die anfänglichen Mengen des Formaldehyds zu Diformaldehydharnsäure gebunden wurden und die Lösung der Concremente beförderten, kann man sich vorstellen, dass bei weiterer Darreichung des Mittels eine Ueberladung des Blutes mit freiem Formaldehyd eintrat, welche die starke Nierenreizung auslöste. Es ist dies natürlich nur eine Hypothese.

**Perniones.** Ueber **Behandlung der Frostbeulen** bringt das Centralblatt f. die gesammte Therapie (Januar 1906) folgende Zusammenstellung von Receptformeln:

**Behandlung der Frostbeulen.**

Frostsalben:

- |                 |  |         |
|-----------------|--|---------|
| 1. Rp.          | Tannin                                       | 2,0     |
|                 | Plumb. acet.                                 | 5,0     |
|                 | Bals. peruv.                                 | 3,0     |
|                 | Ung. simpl.                                  | 90,0    |
| 2. Rp.          | Ung. plumb. acet.                            | 100,0   |
|                 | Lanolin. anhydr.                             | 50,0    |
|                 | Ol. camphor.                                 | 30,0    |
|                 | Bals. peruv.                                 | 15,0    |
|                 | Ol. Bergamott.                               | 5,0     |
| 3 Rp.           | Tannin. }                                    | aa 15,0 |
|                 | Lycopod. }                                   |         |
|                 | Axung. porci                                 | 30,0    |
| 4. Rp.          | Epicarín.                                    | 3,0     |
|                 | Sap. kalín.                                  | 0,5     |
|                 | Ung. caseini                                 | 30,0    |
| 5. Rp.          | Zinc. sozodol.                               | 1,0     |
|                 | Vaselin.                                     | ad 10,0 |
| 6. Rp.          | Frostinsalbe = 10 " „ Bromokollresorbinsalbe |         |
| 7. Rp.          | Seb. ovil. }                                 | aa 50,0 |
|                 | Axung. porci }                               |         |
|                 | Ferr. oxyd. rubr. }                          | aa 6,0  |
|                 | Terebinth. laricin. }                        |         |
|                 | Ol. Bergamott.                               | 0,4     |
|                 | Bol. armen.                                  | 3,0     |
| — (Brefeld.)    |  |         |
| 8. Rp.          | Zinc. oxyd.                                  | 30,0    |
|                 | Menthol.                                     | 1,0     |
|                 | Lanolin. }                                   | aa 45,0 |
|                 | Vaselin. }                                   |         |
| 9. Rp.          | Camphor                                      | 3,0     |
|                 | Acid. hydrochlor.                            | 2,0     |
|                 | Axung. porci                                 | 30,0    |
| — (Carrie.)     |  |         |
| 10. Rp.         | Plumb. acet.                                 | 5,0     |
|                 | Alum.  | 2,5     |
|                 | Glycerin.                                    | 5,0     |
|                 | Ung. cerei                                   | 50,0    |
| — (Dumreicher.) |  |         |

11. Rp. Ichthyol. }  $\overline{aa}$  10,0  
 Bals. peruv. }  
 Lanolin. 20,0  
 — (Bei stärkeren Entzündungen: Eichhoff.)
12. Rp. Ichthyol. 2,0  
 Ung. elemi }  
 Vaseline. }  $\overline{aa}$  6,0  
 Axung. porci }  
 — (Hamburger Vorschrift.)
13. Rp. Boracis }  $\overline{aa}$  3,0  
 Calcar. chlorat. }  
 Axung. benzoat. 40,0  
 Ol. rosar. 0,25  
 — (Hedenus.)
14. Rp. Ol. amygd. 30,0  
 Cerae flav. }  
 Bals. peruv. }  $\overline{aa}$  2,0  
 Cetacei 4,0  
 Acid. hydrochlor. 3,0  
 — (Kapeller.)
15. Rp. Acid. carbol. 0,5  
 Ol. amygd. 5,0  
 Vaseline. }  
 Ung. plumb. }  $\overline{aa}$  10,0  
 Ol. lavand. 0,25  
 — (Lassar.)
16. Rp. Cer. flav. }  
 Axung. porci }  $\overline{aa}$  10,0  
 Ol. lauri }  
 Camphor. 1,0  
 Alcohol. 2,0  
 — (Plenck.)
17. Rp. Acid. carbol. 1,0  
 Tinct. jodi }  
 Tannin. }  $\overline{aa}$  2,0  
 Ung. cerei 30,0  
 — (Rothe.)
18. Rp. Alumin. 10,0  
 Camphor. }  
 Opii }  $\overline{aa}$  2,0  
 Bals. peruv. 8,0  
 Ung. plumb. 30,0  
 — (Rust.) — (Putze, Berl. pharm. Ztg. Nr. 92, 105.)

Rp. Euresol.	}	$\overline{aa}$ 2,0
Eucalyptol.		
Ol. therebinth.		
Collod.		ad 20,0

Rp. Euresol.	}	$\overline{aa}$ 2,0
Eucalyptol.		
Ol. therebinth.		
Lanolin.		

Sapo unguin.	20,0
--------------	------

— (Joseph und Vieth, Derm. Central-Bl. Nr. 6, 1905.)

Rp. Ol. camphorat.	5,0
Menthol.	0,06
Glycerin. tannic. 10 <sup>0</sup> o	10,0
Lanolin.	20,0

D. S. Abends aufzulegen. — (Ther. Monatsh. Nr. 11, 1905.)

- In einer Notiz **über Behandlung der Frostbeulen** macht Prof. C. Binz (Bonn) darauf aufmerksam, dass er seit Jahren sehr gute Erfolge mit einer Salbe von *Calcaria chlorata* erzielt; 1 g davon und 9 g Paraffinsalbe werden gut zusammengerieben (nur frische Salbe ist zu verwenden, riecht sie nicht mehr kräftig, dann wirkt sie nicht mehr). Man lässt des Abends beim Zubettgehen von dieser Salbe erbsen- oder bohnergross, je nach der Ausdehnung der Entzündung, sanft etwa 5 Minuten lang in die geröthete und schmerzende Stelle einreiben und diese dann durch einen einfachen Verband, am besten mittels eines schwer durchdringlichen Stoffes und durch einen alten Strumpf, resp. Handschuh bedecken. Entzündung und Schmerz verschwinden vollständig in der Regel innerhalb einer Woche, wenn das Uebel nicht alt und nicht schon in Verschwärung übergegangen ist. So kann man jede frische Frostentzündung heilen. Verhüten lässt sich eine solche bei dazu Neigenden am besten, wenn man die Pat. in der warmen Jahreszeit an tägliche kalte Fussbäder gewöhnt und sie in der kalten fortsetzen lässt.

(Die Therapie der Gegenwart, Januar 1906.)

- **Zur Therapie der P.** theilt Dr. A. Hecht (Beuthen, O.-S.) mit, dass sich ihm seit Jahren eine Behandlungsmethode ausgezeichnet bewährt, die Prof. Judassohn 1897 wie folgt beschrieben hat:

„Die erfrorenen Hände resp. Füsse werden 1—3 mal täglich in so heissem Wasser, wie es gerade noch vertragen wird, 10—15 Minuten lang gebadet, dann sorgfältig abgetrocknet und, wenn es sich nicht um ulcerirte Pernionen handelt, mit Spiritus nachgewaschen. Am Abend werden dann die Hände gründlich und längere Zeit mit einer Salbe massirt (und schliesslich noch mit einer Schicht derselben bedeckt), für die als ein Paradigma etwa das folgende Recept gelten kann:

Rp. Ichthyoli	1,0—5,0
Resorcini	1,0—3,0
Adipis lanæ	25,0
Olei Olivarum	10,0
Aquæ destillatæ	ad 50,0

Für leichtere Fälle genügt diese Behandlung meist vollständig. Die Zeit, welche bis zum wirklichen Verschwinden der Frostbeulen und der diffusen Röthung und Schwellung vergeht, ist natürlich in den einzelnen Fällen sehr verschieden. Kleinere offene Stellen kann man für den Tag mit einem indifferenten Pflaster bedecken, nachdem man sie vorher mit Streupulver (z. B. Bismuth. subnit.) bestreut hat. Ueber Nacht werden auch diese Stellen am besten mit eingerieben. Gelegentliche Aetzungen mit dem Argentumstift oder mit Jodtinctur zur Anregung der Granulationsbildung vertragen sich gut mit dieser Behandlung. Bei hochgradiger Ulceration ist es am besten, auch am Tage solche Salbenverbände tragen zu lassen. Die Idiosynkrasie gegen Ichthyol sowohl, wie gegen Resorcin ist ausserordentlich selten. Boeck giebt das bezüglich des Resorcins ebenfalls an; beim Ichthyol habe ich sie noch seltener gefunden, als beim Resorcin.“

(Therap. Monatshefte, 1906 No. 2.)

### **Pruritus.** Zur radicalen Behandlung des P. ani berichtet

San.-R. Dr. Klein (Berlin) über folgenden Fall: 12jähriges Mädchen leidet seit 4 Jahren an Afterjucken, gegen das die üblichen Mittel machtlos waren. Schlechtgenährtes, anaemisches, sehr reizbares Kind. Analegend zeigt im Umkreise eines Kleinhandtellers eine etwa 2 mm betragende Hautverdickung. Haut von Kratzeffecten durchsetzt, oberflächlich leicht macerirt, Farbe wie syphilitische Papeln dieser Gegend. Diese Charaktere setzen sich 2—3 cm in



die Afterschleimhaut fest. After klappt leicht. Therapie: In Narkose energische Kauterisation der afficirten Stellen einschliesslich der Analschleimhaut mit flachem Paquelin. Völlige Heilung ohne wesentliche Narbenbildung. - Nachbehandlung (Kamillen-Sitzbäder und Lanolincreme) vier Wochen. — Vielleicht führte eine solche Behandlung auch bei manchen chronischen Formen von *P. vulvae* zum Ziel.

(Die Therapie der Gegenwart, November 1905.)

- Ueber **P. ani** und **Orthoformdermatitis** lässt sich Dr. M. Joseph (Berlin) aus und beschäftigt sich besonders eingehend mit der Therapie. Meist geht *P. ani* mit secundärer Ekzematisation einher, und es ist hier auch dem Ekzem grosse Aufmerksamkeit zuzuwenden. Es gilt hier der allgemeine Grundsatz der Ekzembehandlung: so lange Nässen besteht, Puder oder Umschläge, nach Beendigung des Nässens Salben oder Pasten, zum Schluss event. noch Theer. In der That kann man bei geringfügigem nässenden Ekzem im Beginne der Behandlung ganz guten Erfolg durch austrocknende Pulver, z. B. eine Mischung von Zinkoxyd und Amylum, sehen. Meist ist man freilich gezwungen, das Nässen durch Umschläge zu beseitigen, mit essigsaurer Thonerde (2 Esslöffel auf  $\frac{1}{4}$  L. Wasser), noch besser zuweilen Resorcin (10 g in  $\frac{1}{2}$  L. Wasser). Es bleiben aber meist noch schmerzhaft Rhagaden zurück, die am besten durch wiederholte Höllensteinätzungen und Morphinum-resp. Cocain- oder Anaesthesinsuppositorien beseitigt werden. Autor warnt aber vor Orthoform, das oft schwere locale Reizungen verursacht und heftige Arzneiexantheme hervorruft. Sind Ekzem und Rhagaden beseitigt, so bleibt doch das Jucken übrig. Hier empfiehlt Autor als souveränes Mittel die *Toilette des Anus mit Sublimatwaschungen*. Nach jedesmaligem Stuhlgang ist die Analgegend mit Sublimat (1 $\frac{1}{100}$ ) gründlichst zu reinigen, wodurch in leichten Fällen meist der *P.* verschwindet. In schwereren Fällen muss man daneben noch Medicamente anwenden, am besten in Form von Schüttelmixturen, wie sie die 3 folgenden Recepte darstellen. Manchmal kommt man mit *Liq. carbon. anglic.* aus:

Rp. *Liq. carbon. deterg. anglic.* 5,0—10,0  
 Zinc. oxyd.  
 Amyl. aa 20,0  
 Glycerin. 30,0  
 Aq. dest. ad 100,0.  
 T. Umschütteln!

Man pinselt dies nach dem Umschütteln ein, und hat der Apotheker beim Anfertigen das Glycerin erwärmt, so trocknet die Flüssigkeit nach 10—15 Minuten ein. Hilft dies nicht, so greife man zum *Bromocoll*:

Rp. Bromocoll. solub. 5,0—10,0  
Zinc. oxyd.  
Amyl. aa 20,0  
Glycerin. 30,0  
Aq. dest. ad 100,0.

Versagt auch dies, so pinsele man mit *Euguform*:

Rp. Euguform. solub. 10,0  
Zinc. oxyd.  
Amyl. aa 20,0  
Glycerin. 30,0  
Aq. dest. ad 100,0.

In den schwersten Fällen pinselt Autor am Tage und verordnet für die Nacht:

Rp. Euguform. 5,0  
Bromocoll. 3,0  
Menthol 2,0  
Fetron. ad 50,0  
M. f. ung.

In manchen Fällen hat die mehrmalige tägliche Einpinselung von Tinct. benz. gute Dienste geleistet. Daneben natürlich Regelung der Lebensweise und Diät (bei Fettleibigen Entfettungscur, bei Schwachen Kräftigung) und Sorge für regelmässigen Stuhlgang. Ist *Lichenification* vorhanden, so leistet am meisten *Pittülen-Paraplast* in 10 bis 50%iger Concentration.

(Wiener klinisch-therap. Wochenschrift 1906 No. 8.)

## **Rheumatismen.** Salit hat Dr. W. Schmidt (Dresden) bei

Rh. und Neuralgien mit bestem Erfolge angewandt. Er liess eine Mischung aus gleichen Theilen Salit und Olivenöl, 2 mal täglich 1—2 Kaffeelöffel voll in die vorher mit Spiritus (Eau de Cologne) gereinigte und gut abgetrocknete Haut des erkrankten Körpertheils einreiben und dann die Stelle mit einer durch Mullbinde fixirten Wattelage bedecken. Das Mittel ist nicht theuer und hat nie unangenehme Nebenerscheinungen hervorgerufen.

(Deutsche med. Wochenschrift 1906 No. 3.)

- **Ueber den therapeutischen Werth eines Esters der benzoylirten Salicylsäure (Benzosalin)** berichten Stabsarzt Dr. K. v. Bülzingslöwen und Privatdoc. Dr. P. Bergell (I. med. Klinik der Universität Berlin). Dieses von der Firma Hoffmann, La Roche & Co. hergestellte Präparat, das vor anderen Salicylsäureverbindungen specielle Vorzüge zu besitzen scheint, bewährte sich in Dosen von 4—5 g pro die bei Gelenkrheumatismen und Neuralgien und bewirkte keinerlei unangenehme Nebenerscheinungen.

(Medicin. Klinik 1906 No. 6.)

- **Vesipyrin, ein neues Antirheumaticum und Harndesinficiens**, empfehlen Oberarzt Dr. C. Hofmann (Kalk-Cöln) und Dr. R. Lüders. Das Präparat hat den Zweck, in unschädlicher Weise die Wirkung der Salicylsäure und des Phenols zu vereinen und doch die bisher beobachteten Nebenwirkungen des Salicylsäurephenylesters Salol zu vermeiden. Das Präparat hat verschiedene Eigenschaften, die es auszeichnen: Es ist fast geruch- und geschmacklos, beständig, der Harn bleibt auch nach Einnahme grösserer Mengen vollkommen klar, behält seine natürliche Färbung, bleibt frei von Eiweiss u. s. w. (die geringe Menge Carbol-säure der Verbindung wird wahrscheinlich durch den Essigsäuregehalt vollkommen compensirt und unschädlich gemacht, da die Essigsäure das beste Antidot gegen diese Substanz bildet), es wird wegen der erst im Magen erfolgenden Abspaltung der Salicylsäure der Magen nie ungünstig beeinflusst, es wird im Allgemeinen keine Schweissabsonderung in stärkerem Maasse erzeugt. Das Mittel bewährte sich in Tagesgaben von 2—5 g bei Erwachsenen (gewöhnlich 3mal täglich 1 g in Abständen von je 1 Stunde), bei Kindern mehrmals täglich 0,5 g in Pulver- oder Tablettenform bei acutem Gelenkrheumatismus, rheumatoiden Schmerzen, Neuralgien, Influenza. Als Harndesinficiens leistete es recht gute Dienste bei Cystitis und Pyelitis und prophylaktisch (täglich 2 g) vor und nach dem Katheterismus.

(Die Therapie der Gegenwart 1906 No. 5.)

- **Einen Beitrag zur Pathogenese des acuten Gelenkrheumatismus** liefert Dr. A. Sehlbach (Zella-St. Bl). Er beschreibt 3 Fälle von schwerem Gelenkrheumatismus, die in demselben Hause in zeitlichen Zwischenräumen vorkamen. Das Haus war 1898 erbaut; im Frühjahr 1899 kam der 1. Fall, Ende Februar 1900 der 2. Fall, Anfang April 1901 der 3. Fall zur Beobachtung. Da drängt sich der

Schluss unwillkürlich auf, dass *locale Wohnungs- und Bodenverhältnisse* wesentlich mitgespielt haben, die Boden- und Wohnungsfeuchtigkeit in den ersten Jahren nach dem Bau des Hauses aetiologisch von Bedeutung waren.

(Münchener med. Wochenschrift 1906 No. 4.)

## **Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett. Ueber**

**ein bisher nicht beachtetes Schwangerschaftssymptom (Hypertrichosis graviditatis)** lässt sich Privatdoc. Dr. J. Halban aus. Er konnte an einer ganzen Reihe von Fällen feststellen, dass in der Gravidität ein stärkeres Wachsthum einer etwa vorhandenen Bartanlage zu beobachten war. Besonders häufig handelt es sich dabei um ein deutliches Wachsthum, resp. Sichtbarwerden von Flaumhaaren in der Backen- und Kinngegend, nicht so selten auch ein stärkeres Hervortreten der Schnurrbarthärchen. Hier und da treten auch — abgesehen von diesem diffusen Flaum — vereinzelt stehende stärkere Haare, besonders am Kinn auf, welche bisweilen eine beträchtliche Länge erreichen. Dieses verstärkte Wachsthum beginnt häufig schon in den ersten Monaten und wird mit dem Fortschreiten der Gravidität deutlicher. Die genannten Erscheinungen sind natürlich oft nicht in die Augen springend, was ja schon daraus hervorgeht, dass sie bisher so gut wie unbekannt geblieben sind. Aber bei sorgfältiger Beobachtung gelingt es ohne Weiteres, sich von der Richtigkeit der Beobachtung zu überzeugen. Das verstärkte Wachsthum des Bartes in der Gravidität ist bei vorhandener Anlage eines Bartes etwas Typisches, und die Beobachtung kann in solchen Fällen fast regelmässig gemacht werden. Dass es nur selten zu einer hochgradigen Bartentwicklung in der Gravidität kommt, beruht einfach darauf, dass die Bartanlage bei Frauen oft gar nicht oder in minimalem Grade vorhanden ist. Es hängt auch bei den Frauen das event. Bartwachsthum ganz davon ab, ob sie überhaupt eine Bartanlage haben und welche primäre Wachsthumenergie diese Anlage besitzt. Autor konnte nun weiter feststellen, dass das verstärkte Wachsthum der Flaumhaare in der Schwangerschaft sich nicht nur auf das Gesicht beschränkt, sondern dass während der Gravidität am ganzen Körper die Lanugohaare ein vermehrtes, häufig recht auffallendes Wachsthum zeigen. So tritt vor Allem nicht so selten eine deutliche Haarreihe in der Linea alba auf, und zwar in der Weise, dass die Genitalbehaarung dadurch sich dem männlichen

Typus nähert. Zuweilen bemerkt man, dass sich der ganze Bauch mit längeren Lanugohärchen bedeckt und auch an den Extremitäten die Lanugohärchen deutlich wachsen. Viele dieser Härchen fallen nach vollendeter Gravidität aus, sehr häufig schon in der ersten Zeit des Wochenbetts; es ist dies vor allem deutlich an den langen, vereinzelt stehenden Haaren zu beobachten, welche während der Schwangerschaft eine beträchtliche Grösse erreicht haben. — Man hat es bei dem starken Wachsthum der Haare mit einer exquisiten Schwangerschaftserscheinung zu thun. Autor ist schon lange der Ansicht, dass das Gros der Erscheinungen, welche der mütterliche Organismus während der Gravidität durchmacht, als der Effect von wirksamen Substanzen aufgefasst werden muss, welche von der Placenta erzeugt wird, und er glaubt, dass auch jene Hypertrichosis hierhin gehört. Es ist bekannt, dass im allgemeinen ein stärkeres Wachsthum der Haare auftritt, wenn die betreffenden Hautparthieen eine gesteigerte Hyperaemie erfahren. Eine der deutlichsten Wirkungen der Keimdrüsen- und Placentarsubstanzen ist aber eine hochgradige Hyperaemie in einer Reihe von Körperorganen, welche darauf mit Hypertrophie resp. Hyperplasie reagiren. Das Ausfallen der hypertrophirten Haare nach der Geburt ist jedenfalls eine puerperale Erscheinung, bedingt durch den Wegfall der Placenta. — Ferner konnte sich Autor noch davon überzeugen, dass viele Frauen, welche in einem Alter gravid werden, in welchem das Knochenwachsthum noch nicht abgeschlossen ist, während der Schwangerschaft ein besonders verstärktes Längenwachsthum aufweisen. Das hat nichts Ueberraschendes. Wenn man bedenkt, dass zur Zeit der Pubertät ein enormes Längenwachsthum der Knochen beginnt und während der Zeit der Entwicklung anhält, so wird man kaum fehlgehen in der Annahme, dass dabei der Einfluss der Keimdrüsen wohl von Bedeutung sein dürfte. Da nun die Placenta ähnlich wie die Keimdrüse nur potenzirt wirkt, so ist es erklärlich, dass in der Gravidität dieser das Knochenwachsthum befördernde Einfluss zum Ausdruck gelangt.

(Wiener gynaekolog. Gesellschaft, 28. Nov. 1905. —  
Wiener klin. Wochenschrift 1906 No. 1.)

— **Ueber das Halban'sche Schwangerschaftssymptom** äussert sich, angeregt durch Halban's Publication, auch Frauenarzt Dr. L. Herzl (Wien). Er führt einige Fälle aus seiner Praxis an, bei denen dies Symptom in prägnanter

Weise zu Tage trat. Halban glaubt, dass das Wachsthum der Haare mit einer durch die Placentarsubstanzen erzeugten Hyperaemie der Haut zu erklären sei, und führt Experimente anderer Autoren an, welche beweisen, dass überhaupt eine Hyperaemie der Haut beim stärkeren Wachsthum der Haare (auch ausserhalb der Gravidität) eine wichtige Rolle spiele. Auch dafür kann Herzl ein interessantes Beispiel anführen. Er schreibt: „Ich behandelte vor längerer Zeit einen Pat. mit Atonie des Darmes und starker Erschlaffung der Bauchdecken mittels Bauchmassage. Nach mehrwöchentlicher Dauer der Cur überraschte mich die Dame mit der Mittheilung, sie sei nun fest überzeugt, dass die Massage ihr nützen werde, da sie bemerke, dass „aus allen Poren kleine Härchen spriessen“, was sie selbst als ein Zeichen einer nun besseren Blutversorgung und daher besseren Ernährung der Bauchhaut betrachtete. Und in der That fand ich den ganzen Bauch mit kleinen, dunklen Härchen besät, die wieder verschwanden, als ein halbes Jahr nach Aufhören der Massage, die damals einen sehr befriedigenden Erfolg gehabt hatte, sich neuerlich eine Erschlaffung der Bauchdecken einstellte. War das Auftreten der Härchen wohl ganz ungezwungen durch die infolge der Massage erzeugte Hyperaemie der Bauchhaut zu erklären, so war das Verschwinden derselben offenbar in der mit der neuerlichen Erschlaffung einhergehenden schlechteren Circulation in der Bauchhaut begründet.“

(Wiener klin. Wochenschrift 1906 No. 7.)

- **Clavin** wurde im Frauenspital Basel-Stadt, wie Dr. A. Labhardt von dort mittheilt, angewandt, und zwar meist subcutan in der Einzeldosis von 0,02 g (eine solche Merck'sche Tablette auf etwas Wasser verrieben) bei 32 Fällen (10mal in der Eröffnungs- resp. Austreibungszeit bei rechtzeitigen Geburten, 20mal in der Placentarperiode, 2mal bei Abortus). Was zunächst die Application unter der Geburt anbelangt, so erfolgte dieselbe in 11 Fällen von Wehenschwäche. Nur 1mal gar kein Erfolg, 2mal nur geringer, in den 7 übrigen Fällen setzten kräftige Wehen ein, allerdings musste meist die Injection noch 1—2 mal wiederholt werden. 20mal wurde Clavin, in der Nachgeburtszeit angewandt, und zwar stets mit Erfolg, allerdings mehrmals erst nach wiederholter Injection. Auch mussten öfters ausser dem Clavin noch die anderen gegen Atonie uns zur Verfügung stehenden Mittel

angewendet werden, namentlich Massage und heisse intrauterine Spülungen; es fiel aber dabei stets auf, dass z. B. auf Massage der Uterus durch erhöhte Reizbarkeit viel prompter reagierte nach der Clavininjection als vor derselben. In den 2 Fällen von Abort bewirkte Clavin Ausstossung des Eies. Clavin wurde auch 4mal prophylaktisch vor Ausführung einer entbindenden Operation (3mal Zange, 1mal Extraction am Beckenende) injicirt, 3mal mit gutem, 1mal mit geringem Erfolge. Die Wehen kommen auf Clavin in ziemlich kurzer Zeit: nach 5—10 Minuten treten meist die ersten Contractionen auf, seltener erst nach  $\frac{1}{4}$  Stunde oder noch länger. Dauer der Wirkung ca. 2 Stunden. Die Dosis von 0,02 g scheint etwas klein zu sein. eine grössere würde wohl noch hervorragendere Wirkung bringen. Jedenfalls steht Clavin dem Ergotin an Wirksamkeit keineswegs nach, ist ungiftiger als dieses und entbehrt des krampferzeugenden Principes, sodass es auch schon unter der Geburt angewandt werden kann.

(Münchener med. Wochenschrift 1906 No. 3.)

- In einer Notiz **zur Verhütung des Puerperalfiebers** macht Dr. Saradeth (Ruhpolding) auf das Spenden der „*Nothtaufe des Kindes im Mutterleibe*“ aufmerksam, welches in katholischen Gegenden nicht selten von der Hebamme ausgeführt wird, damit, wenn eine Todtgeburt zu befürchten ist, dem Kinde ein kirchliches Begräbniss gesichert ist. Das benutzte Wasser wird oft genug nicht sterilisirt, der vorliegende Kindestheil event. vermittels eines Schwammes oder einer Spritze benetzt.

(Münchener med. Wochenschrift 1906 No. 2.)

- **Zur Aetiologie des Purperalfiebers** berichtet Dr. H. Beer (Wien) über folgenden interessanten Fall. In der Praxis einer Hebamme kamen kurz nacheinander einige Fälle von Infection vor. Die Hebamme und ihre Instrumente wurden revidiert, aber nichts Verdächtiges gefunden. Autor untersuchte die Frau und fand nichts ausser einer starken Secretion der Nase. Er liess diese von einem Rhinologen untersuchen. Derselbe constatirte beiderseitiges Kieferhöhlenempyem und operirte. Die Eiterung aus der Nase verschwand und damit auch weitere Infectionen in der Praxis der Hebamme. (Wiener klin. Wochenschrift 1906 No. 5.)



**Seekrankheit.** In einem Artikel **Für Seekranke** macht der bekannte Forschungsreisende Eugen Wolf (München) auf ein Mittel aufmerksam, das er als „unfehlbar“ kennen gelernt hat, falls es richtig angewandt wird. Er hat es schon im Jahre 1901 bekannt gegeben und damals geschrieben: „Unfehlbar ist das Mittel nur dann, wenn der Patient während dessen Anwendung nicht gleichzeitig ein anderes oder mehrere andere Mittel versucht, Speisen zu sich nimmt oder Getränke, raucht, oder sonstwie gegen meine Vorschrift verstösst. Wer sich nicht seefest zu fühlen glaubt, lege sich möglichst bald flach auf den Rücken aufs Bett, das Cajütsopha oder auf einen Deckstuhl. Beengende Kleider, fest zugeschnallte Westen und Hosen, bei Damen vor allen Dingen das Korsett, müssen vermieden werden. Eine Schüssel kochend heisses Wasser und zwei Handtücher genügen, um die drohende Seekrankheit zu bekämpfen. Das Wasser muss mindestens 80 Centigrad haben, das Handtuch wird in Stirnbreite zusammengefaltet, ins heisse Wasser getaucht, ausgerungen, so heiss, wie nur ertragbar, fest um die Stirne gebunden, mit einem Stück Holz, Schuhlöffel, Handschuhknöpfer, Zahnbürste oder was zur Hand ist, so fest wie möglich um den Kopf geknebelt. Dieser im ersten Augenblick schwer zu ertragende heisse Umschlag wird möglichst rasch durch einen zweiten ebenso heissen ersetzt. Diese Procedur wird fortgesetzt, bis der Patient durch den ganzen Körper ein Gefühl des Behagens empfindet. Der Umschlag wird auch dann noch nicht ausgesetzt, sondern noch immer möglichst heiss um den Kopf gelegt. Trinken, essen oder rauchen während der Dauer der Umschläge hebt den Erfolg der Behandlung auf. Das Gefühl des Wohlbehagens, das sich durch wiederholtes Gähnen und das Bedürfniss, den Körper zu strecken, äussert, bedeutet den Anfang vollständiger Ueberwindung der Seekrankheit. Dieses Wohlbehagen tritt bei vielen nach einer halben Stunde, bei den meisten innerhalb einer Stunde, vorausgesetzt, dass obige Vorschrift streng beobachtet wird, ein. Das Benutzen von Wohlgerüchen, das Parfümiren des Körpers oder der Cabine ist zu vermeiden. Das Stadium der überstandenen Seekrankheit äussert sich im Durst, der keineswegs gestillt werden darf; der Patient bleibt ruhig liegen, bis er wirklichen Hunger verspürt. Sobald letzterer sich sehr stark einstellt, trinkt man heissen, ungezuckerten, dünnen Tee in leichtem Aufguss ohne Milch oder sonstigen Zusatz und isst dazu trockenes, geröstetes Brot (Toast).



Zwei Stunden später kann man ungestraft die Schiffsmahlzeiten einnehmen, trinken und rauchen. Die ganze Cur dauert nicht länger, als ich Zeit gebraucht habe, sie niederzuschreiben; sie ist gründlich, und wer sie von Anfang an befolgt, bleibt für den Rest der Reise, und wenn die See noch so bewegt wird, von Seekrankheit verschont.“ Autor empfiehlt das Mittel von neuem aufs angelegentlichste.

(Deutsche med. Wochenschrift 1906 No. 3.)

- **Zur Therapie der S.** theilt auch Dr. L. Wechsler, Schiffsarzt der deutschen Dampfschiffahrtsgesellschaft „Kosmos“, die den Passagierdienst in den südamerikanischen Häfen von San Francisco bis Chile besorgt, seine Erfahrungen mit. Er kann auf Grund derselben das *Validol* warm empfehlen. Wenn die ersten Unlusterscheinungen auftraten, gab er davon 15 Tropfen in einem Glase Wein. Hierauf musste sich Pat. ins Bett legen und ruhig und tief athmen, womöglich synchronisch mit den Schwankungen des Schiffes. Gewöhnlich kamen die Pat. nach Ablauf einiger Stunden wohlgemuth auf Deck. In schwereren Fällen, bei Herzschwäche und besonders hartnäckigem Erbrechen gab Autor 10 Tropfen *Validol. camphorat.* in Wein. Hörte das Erbrechen nicht auf, Wiederholung nach einer halben Stunde (event. nach 2—3 Stunden 3. Dosis). So wurde in 71 Fällen verfahren; 57mal wurde vollkommenes Schwinden der Beschwerden erzielt, 9mal erhebliche Besserung, 5mal versagte *Validol*. Autor legt auf die Art der Darreichung (in Wein, besonders schweren Südweinen) Gewicht; *Validol* wird so am besten genommen und scheint, rascher zu wirken.

(Wiener klin. Rundschau 1906 Nr. 6.)

- **Acute Struma als Folge von Seekrankheit** sah Dr. A. Rosenfeld (Breslau) auf einer Reise nach Südamerika bei einer 45jährigen Stewardess auftreten, die vorher nicht an Kropf gelitten hatte, aber einen solchen bekam, nachdem sie einige Tage seekrank gewesen. Mit Zunahme der S. vergrößerte sich auch der Kropf, und es zeigte sich deutlich ein Parallelismus zwischen Intensität der S. und der Stärke des Kropfes. Letzterer bildete sich nach Ueberwindung der S. spontan zurück. Alles das spricht dafür, dass die Struma Folge der S. war, dass das heftige Erbrechen und die damit verbundene Hyperaemie der Halsorgane als Ursachen gewirkt haben.

(Deutsche med. Wochenschrift 1906 No. 5.)

**Tetanus.** Versuche über Behandlung des T. mit Brom hat

Dr. H. Meyer (Experimentell-biolog. Abtheilung des Pathol. Instituts Berlin) an Thieren angestellt. Die Resultate ermutigen dazu, die Anwendung des Broms auch bei Menschen mit T. zu empfehlen, und zwar in Form wiederholter subcutaner Injection von Brompräparaten. Unter letzteren hat sich Bromocoll als besonders geeignet erwiesen. Auf des Autors Veranlassung verfertigt die Actiengesellschaft f. Anilinfabrikation zu Berlin zu diesem Zwecke Einsmelzröhrchen, welche 50 ccm der sterilisirten 10<sup>0</sup>/<sub>0</sub>igen Bromocollösung (Dosis für Erwachsene) enthalten.

(Medicin. Klinik 1905 No. 51.)

- Einen bemerkenswerten Fall von **T. traumaticus** beschreibt Dr. Ad. Stark (Marienbad); der Fall zeigte eine ungewöhnlich lange Incubationszeit bei sehr rapidem, tödlichen Verlauf. Ein 48jähr. Arbeiter verunglückte bei Erarbeiten und zog sich an einem Unterschenkel eine grosse Wunde zu, die mit Schmutz und Erde verunreinigt war, aber nach einer Stunde vom Autor gründlichst in Narkose gereinigt und desinficirt wurde. Schon am 3. Tage zeigten sich auch deutliche Heilungstendenzen, und bald war die ganze Fläche von gesunden Granulationen bedeckt, und auch sonst der Verlauf objectiv und subjectiv sehr befriedigend. Am 11. Tage nach dem Unfall aber klagte Pat. über ziehende Schmerzen in den Backenmuskeln beim Oeffnen des Mundes und hatte etwas Fieber. 3<sup>1</sup>/<sub>2</sub> Stunden später bot Pat. bereits das typische Bild eines schweren T. mit Trismus, Krampf der Nacken- und Schlundmuskulatur, überaus gesteigerter Reflexerregbarkeit, Temperatur von 40,2<sup>0</sup> u. s. w., und 3 Stunden später erfolgte Exitus letalis. Das ganze Leiden, dem eine 10tägige Incubationszeit voranging, dauerte kaum 7 Stunden!

(Prager med. Wochenschrift 1906 No. 7.)

**Tuberculose.** Ueber die therapeutische Wirkung des

**Styracols** hat Dr. H. Ulrici (Heilanstalt Reiboldsgrün) Erfahrungen gesammelt. Styracol (der Zimtsäureester des Guajacols) wurde in Tabletten (3mal täglich 1 g) gegeben, und zwar zunächst in einigen 40 Fällen von Lungentuberculose jeden Stadiums. Die Affectionen wurden recht günstig beeinflusst, doch, da die Pat. daneben alle Vortheile der hygienischen Behandlung der Heilanstalt genossen, kann man nicht ohne weiteres die erzielten Resultate allein

dem Styracol zuschieben. Styracol hat nun aber eine klinisch sehr wichtige Eigenschaft: seine beiden Componenten wirken im Darm in hervorragender Weise desinficirend und fäulnißwidrig. Es wurden einige 20 Fälle von Darmkatarrhen bei Lungenkranken mit Styracol behandelt. Ausgeschlossen wurden ganz acute Magendarmstörungen, die man mit einem Laxans innerhalb von 24 Stunden leicht beseitigt. Sonst umfassten die Fälle die ganze Scala der verschiedenen Diarrhöen bei Phthisikern. Durchwegs war der Erfolg ein sehr befriedigender. Zahl und Consistenz der Stühle besserten sich rasch, zugleich damit das subjective Befinden, vor allem Mattigkeit und Tenesmen, in den ganz schweren Fällen auch die kolikartigen Schmerzen. Das Allgemeinbefinden hob sich zusehends, der faule Geruch der Stühle schwand innerhalb einiger Tage, und die Flatulenz liess nach. *Styracol verdient deshalb als Antidiarrhoicum bei Phthisikern weitestgehende Berücksichtigung.* (Therap. Monatshefte, December 1905.)

- **Die Tuberculintherapie in der ambulanten Behandlung und bei Fiebernden** bespricht Dr. Krause. Die Tuberculincur hatte in allen behandelten Fällen günstigen Erfolg; in den meisten schwanden die subjectiven Beschwerden und katarrhalischen Erscheinungen, und in vielen wurde auch wirkliche Heilung erreicht. Zur Anwendung gelangte die Koch'sche Bacillenemulsion. Die Lösung wurde nach der Gebrauchsanweisung, die seitens der Höchster Farbwerke den Fläschchen beigelegt wird, ohne Zusatz von Glycerin und Carbonsäure bereitet. Es wurde nur physiologische Kochsalzlösung zur Herstellung der nöthigen Verdünnung verwandt, und diese Lösung für den jedesmaligen Gebrauch frisch angefertigt, und zwar 0,1 ccm Emulsion auf 9,9 ccm Kochsalzlösung (es enthielten also 10 ccm der gebrauchsfertigen Injectionsflüssigkeit 0,5 mg Bacillensubstanz, da ja jeder ccm Emulsion 5,0 mg hat). Als Normalanfangsdosis wurde 1 Theilstrich der Pravazspritze = 0,005 mg Bacillensubstanz gegeben, doch wurde ausnahmsweise bei sehr schwächlichen oder fiebernden Pat. mit 0,0025 mg begonnen, um dann in Zwischenräumen von 3—8 Tagen, je nachdem die Einspritzungen wirkten oder vertragen wurden, mit gleichen oder höheren, bis doppelten Dosen fortzufahren, bis der erzielte Erfolg in Bezug auf Katarrh resp. Fieber sichtbar war. Die Höchstdosis überstieg nie 0,03 mg Bacillensubstanz = 6 Theilstriche der Pravazspritze; in Fällen, wo bis dahin kein oder kein befriedi-



gendes Resultat herbeigeführt war, wurde dieselbe Dosis dauernd weiter verabreicht. Im allgemeinen wurde versucht, ohne nennenswerthe Reaction auszukommen. Beklemmungsgefühl, Mattigkeit, Kopfschmerzen waren, wenn überhaupt vorhanden, die einzigen Allgemeinerscheinungen, während ausnahmslos an der Injectionsstelle eine mehr oder weniger schmerzhaft Schwellung, verbunden mit Röthung, entstand, die nach verschieden langer Zeit (in Einzelfällen erst nach Wochen) verschwand und auch häufig bei den folgenden Injectionen mit Entzündungserscheinungen reagierte. In Ausnahmefällen, wo die ersten Einspritzungen ohne jede allgemeine oder örtliche Störung blieb, und wo weder im Allgemeinbefinden noch in dem Zustand der erkrankten Lunge sich eine Besserung zeigte, trat dieselbe ein, nachdem durch plötzliche Steigerung der Dosis doch noch eine Reaction mit stärkerer Temperaturerhöhung, Krankheitsgefühl und Beklemmung erreicht war. Aber das waren eben nur Ausnahmen; die Mehrzahl der Kranken konnte ohne jede Störung ihrem Berufe nachgehen. In der Auswahl der Fälle wurde von dem Grundsatz, nur leichte und besonders fieberfreie Kranke der Tuberculincur zu unterziehen, abgewichen. Alle Stadien bieten bei vorsichtiger Dosirung ein dankbares Feld. Wenn man sich bisher auch gescheut hat, bei Fiebernden zu Tuberculininjectionen zu greifen, so muss im Gegensatz dazu festgestellt werden, dass die geradezu überraschenden Erfolge in Fällen, wo das Fieber allen therapeutischen Maassnahmen getrotzt hatte, Autor veranlasst haben, gerade bei hartnäckigem Fieber Tuberculin anzuwenden. Sogar auch in vorgeschrittenen Fällen des 3. Stadiums, wo man von einer Heilung absehen musste, zeigte sich, sofern nur der Kräftezustand nicht gar zu sehr reducirt war, eine durchaus günstige Einwirkung. Auch Erkrankungen des Kehlkopfes, falls nicht tiefgreifende Zerstörungen vorhanden, wurden durchaus günstig beeinflusst. Günstige Wirkung war in allen Fällen zu constatiren; in den leichteren gelang es durchweg, die katarrhalischen Erscheinungen zum Verschwinden zu bringen, in den schwereren, dieselben erheblich zu verringern, das Fieber wurde ausnahmslos für die Dauer beseitigt. Dabei wurden diese Erfolge in der Landpraxis unter den denkbar ungünstigsten hygienischen Verhältnissen erzielt; jetzt, wo Autor in Brehmer's Heilanstalt in Görbersdorf diese Therapie anwendet, kommen natürlich noch bei weitem bessere Resultate zu Tage.

- **Die Indication und die Technik der Hetolbehandlung für den prakt. Arzt** bespricht Dr. Erw. Franck (Berlin). Als Indicationen nennt er die Lungentuberculose des 1. Stadiums (d. h. nicht fieberhafte Pat., allerhöchstens mit Abendtemperaturen, die 38° im Rectum nicht überschreiten), Kehlkopftuberculose, bei der sehr schöne Resultate erzielt wurden (local nichts ausser Aufstreuen von Hetokresol bei vorhandenen Geschwüren), Bauchfelltuberculose, soweit sie noch nicht zu ausgedehnten Verwachsungen oder ulcerativen Processen geführt hat, endlich chirurgische Tuberculosen, wo ebenfalls die Hetolbehandlung die operative Therapie wesentlich unterstützt. Da die Hetolbehandlung ein gewisses Maass von Schonung und häuslicher Pflege erheischt, so hat sie da die schönsten Erfolge, wo der Pat. sich dies eben leisten kann, während sie beim Arbeiter, der während der Cur immer wieder sich den verschiedensten Schädlichkeiten aussetzt, natürlich oft misslingt. Franck injicirt nur intravenös und benutzt dazu die völlig sterilen, in Ampullen eingeschmolzenen Lösungen (Kalle & Co.); ein Carton mit 12 derartigen Tuben von 1%, 2% oder 5%iger Lösung kostet M. 2. Er bevorzugt ferner Metallspritzen mit Asbestkolben und sehr feinen Nadeln. Er hat ein billiges (M. 18) Besteck zur intravenösen Injection zusammengestellt, welches alles Nötige enthält (1 Spritze zu 1 g, 1 Spritze zu 2 g zugleich für Attritin-, Fibrolisin-injectionen u. dgl., 4 Nadeln, Raum für 4—6 Glastuben, kleinen Gummiballon und Gummibinde, Heftpflaster etc. Prs.: M. 18 bei M. Frost, Berlin NW. 52). Die Canülen werden vor und nach Gebrauch mit heissem oder kochendem Wasser durchspritzt, hierauf mittels des kleinen Gummiballons trocken geblasen und in Alkohol liegend resp. hängend aufbewahrt. So halten sich die Nadeln sehr lange und rosten auch innerlich nicht. Die Spitze selbst wird trocken, am besten in einer Petrischale, aufbewahrt. Der Gang der Hetolinjection ist nun folgender: Pat. sitzt vor dem nicht zu niedrigen Tisch und hat einen Arm entblösst, in überstreckter Haltung, über eine nicht zu nachgiebige Unterlage gelegt. Durch leichte Bewegungen im Handgelenk oder seitens der Finger (oft besser am hängenden Arm) schwellen die Venen an und werden durch eine 1—2 mal um den Oberarm gewickelte Gummibinde in diesem Füllungszustande erhalten. Die Injectionsstelle wird mit Aether abgerieben. Die Befestigung der Gummibinde geschieht im Interesse der schnellen Lösung zweckmässig so, dass nur *eine* Tour ziemlich fest angezogen umgelegt wird,

kurz vor Beendigung der zweiten schiebt man dann den Schlussteil der Binde unter die letzte Tour unter. Inzwischen hat der Arzt Spritze und Canüle mit kochendem Wasser durchgespritzt und zieht aus der Glastube 2—5 Strich der Hetollösung auf. Er sticht darauf die Spritze ein und löst vor dem Ausspritzen die Binde; das Injectum schwimmt dann direct mit dem Blutstrom ab und der kleine Eingriff ist beendet. Auf die Stichstelle wird nur etwas Xeroform oder Dermatol gestreut. Das Einstechen ist ganz schmerzlos. Man spritzt am besten 3 mal wöchentlich ein, mit 2 Strich der 1%igen Lösung beginnend und von Injection zu Injection um  $\frac{1}{2}$  Strich steigend, bis nach 2—3 Monaten 5 Strich der 5%igen Lösung als Maximum erreicht sind. Es geht dann wieder langsam abwärts und wird besser  $\frac{1}{2}$  Jahr pausirt, ehe man eine neue Cur beginnt. In letzter Zeit bevorzugt Autor die Verbindung von Hetol mit Arsen, letzteres in Form des Atoxyls, das in 20%iger Lösung in Tuben im Handel ist. Es werden dann zunächst 2 und mehr Strich Hetol aufgezogen und dann die Spritze mit Atoxyl vollgefüllt. Unter dieser Combination scheint die tonisirende Wirkung rascher einzutreten. Ueble Zufälle haben sich nie gezeigt.

(Medicin. Woche 1906 No. 4.)

### **Ulcus ventriculi. Ueber die diaetetische Behandlung des**

U. hielt Professor Senator einen Vortrag, dem wir Folgendes entnehmen: Von der Diaet beim U. verlangt man mit Recht, dass sie 1. den Magen nicht durch Umfang und Schwere belästigt; 2. reizmildernd wirkt, insbesondere nicht Blutungen hervorruft; 3. dem gewöhnlich vorhandenen Säureüberschuss entgegenwirkt; endlich 4. leicht verdaulich und dabei doch hinreichend nahrhaft ist. Eine Diaet nun, die diesen Anforderungen entspricht, lässt sich sehr gut zusammensetzen aus *Glutin* (Leim, Gelatine). *Fett* und *Zucker* neben geringen Mengen Eiweiss. Glutin (Leim) verbindet mit sehr leichter Verdaulichkeit einen verhältnissmässig hohen Nährwerth, namentlich als Sparmittel für Eiweiss, und hat ausserdem noch gerinnungsbefördernde und blutstillende Eigenschaften. Der Nährwerth von Fett und Zucker ist ja bekannt. Sie haben aber daneben noch gewisse Eigenschaften, welche sie gerade für die Behandlung des U. besonders werthvoll machen, d. i. ihre säuretilgende Wirkung, wozu beim Fett

noch die Eigenschaft kommt, auf Geschwürsflächen ausserordentlich reizmildernd zu wirken. Diese 3 Stoffe lassen sich nun in verschiedenen Formen verabreichen, die den Magen auch mechanisch nicht belästigen und selbst bei frischem und blutendem U. in verhältnissmässig kleinen Gaben eine durchaus genügende Calorienmenge dem Körper zuführen. Autor verordnet im Krankenhaus bei frischem und blutendem U. ein Decoct. Gelatin. albae purissim. (15—20:150—200 mit 50 Elaeosach. Citr.), vor dem Gebrauch zu erwärmen, alle 1—2 Stunden, in dringenden Fällen selbst  $\frac{1}{2}$ — $\frac{1}{4}$  stündl. 1 Esslöffel zu nehmen. Daneben frische Butter und Sahne (Rahm) in kleinen Mengen, aber öfters, sodass selbst empfindliche Pat. in schweren Fällen es innerhalb 24 Stunden auf 30 g Butter und wenigstens  $\frac{1}{4}$  L. Sahne bringen. Wenn die Butter in gewöhnlichem Zustand ungern genommen wird, so gelingt es fast immer, sie in gefrorenen Kügelchen schlucken zu lassen, ebenso nehmen manche die Sahne lieber in Form von „Schlagsahne.“ Diese auch unmittelbar nach einer Blutung zu reichende 24stündige Nahrung enthält 900—1000 Calorien, allerdings dabei kaum 1 g Eiweiss; da aber Leim Eiweiss zu einem grossen Theil ersetzt, so sind 15—20 g, welche schon am 1. Tage genommen werden, etwa 7—10 g Eiweiss gleichwerthig. Es hat also der Organismus schon in den allerersten Tagen eine mehr als hinreichende Menge nutzbaren Stickstoffs zur Verfügung. Natürlich steigt man, wenn kein Blutbrechen erfolgt, allmählich mit den Nahrungsmengen, fügt Milch, geschlagene Eier etc. hinzu, ebenso geschabtes Fleisch. Das Gelatinedecoct giebt man allmählich seltener und lässt es dann ganz fort, um es bei erneutem Blutbrechen wieder häufiger zu reichen. Autor hat mehrfach das Blutbrechen danach auffallend schnell zum Stillstand kommen sehen. Es giebt übrigens auch andere Zubereitungsweisen des Leims, die für längeren Gebrauch geeignet sind; so die aus Kalbsfüssen oder Huhn dargestellten, die aus Hausenblase bereiteten Gallerten mit Zusätzen von Zucker oder Fruchtsäften, Milchgelees u. a. m. Ferner denke man event. daran, dass Mandelmilch ein sehr wohlschmeckendes Nahrungsmittel ist, welches der Sahne an Nährwerth gleichkommt, aber reicher an Stickstoff ist.

(Verein für innere Medicin in Berlin, 8. Jan. 1906. — Deutsche med. Wochenschrift 1906 No. 3.)



— Zur Behandlung des U. macht Dr. S. Krausz (Baden bei Wien) eine Mittheilung, die sich auf die *Oelcur* bezieht. Bei einer Frau, die seit 18 Jahren an U. litt und gerade wieder einen Schmerzparoxysmus hatte, wandte er jene zum 1. Male an, und zwar mit eclatantem Erfolge. Schon nach der ersten Dosis (Pat. erhielt vor jeder Mahlzeit 1 Esslöffel Ol. Olivar.) Nachlass der Schmerzen, das U. heilte in kurzer Zeit vollkommen aus, Pat. nahm in 6 Wochen 16 kg an Gewicht zu und bekam, nachdem sie durch 18 Jahre nicht 4 Wochen hintereinander ohne qualvolle Schmerzen verbracht hatte, keinen Anfall mehr. Autor hat weitere Erfolge gesehen, er verschreibt jetzt aber das Oel als Schüttelmixtur mit Natr. bicarb. zusammen und verordnet gleichzeitig Argent. nitr. Sein Verfahren ist folgendes:

1. Tag: Eisblase auf den Magen. 3 Pillen:

Rp.: Arg. nitr. 0·01

Bol. alb. 9·5

F. pilulae Nr. X, in Zwischenräumen von je 4 Stunden.

Genossen wird absolut nichts. Gegen das Durstgefühl Ausspülen des Mundes mit warmem Wasser. 2. Tag: Eisblase auf den Bauch. Morgens 1 Lapispille; dann 1 Löffel Oel.

Rp.: Natr. bicarb. 5·0

Ol. oliv. pur. 95·0

S. Vor dem Gebrauch schütteln.

Dann einen bis zwei Esslöffel eiskühlte Milch. Dies Verfahren wird 4mal des Tages wiederholt. Vom 3. Tage an bleiben Arg. nitr. und Eisblase weg. Pat. bekommt die kühle Milch, direct vom Glas. Vor jeder Mahlzeit, d. h. vor jedem Glas Milch, ein Löffel Oelmixtur. Vom 4. Tage an breiige, ganz weiche Milchspeisen, vom 6. an ist die Diaet mit folgender Einschränkung frei: Verboten: Kleingrätige Fische, Brot- und Semmelrinden, Nüsse, Mandeln, Gebäck mit Aniskörnern, Pfeffer etc., hartes Fleisch, das sehnige und flechsigte Bestandtheile enthält, kurz alles, was mechanisch durch Härte und Unlöslichkeit die zarte, kaum verheilte Magenwunde angreifen kann. Es ist selbstverständlich, dass Fleisch in den ersten Tagen nur als Haché, respective in Form von Eingemachtem gegeben werden darf. Diese Diaet sammt dem vor der Mahlzeit zu gebrauchenden Oel ist durch zwei Wochen streng durchzuführen, dann ist der Patient gesund zu erklären. In den meisten Fällen



entzieht er sich ohne Schaden schon früher der lästigen Oelmedication. Die Vortheile dieser Behandlung gegenüber der Leube'schen Ulcusbehandlung sind:

1. Die Cur dauert kürzere Zeit an und schwächt die Patienten lange nicht so wie die Leube'sche.

2. Statt der störenden Obstipation oder der flüssigen Magnesiastühle hat der Patient regelmässig meistens 2mal im Tage breiigen Stuhl.

3. Die Erosionen und Ulcera heilen ohne Narbenbildung, wenn der zerstörende Process nicht zu tief sich eingefressen hat; jedenfalls heilen sie definitiv aus.

4. Die oben angegebene Cur ist ein sicheres differentialdiagnostisches Mittel zwischen Ulcus und Carcinoma ventriculi zu einer Zeit, wo die chemische Magensaftuntersuchung nach Ausheberung — ein in der privaten Praxis schwer in Anwendung zu ziehendes Mittel — noch völlig versagt. Auch die Schmerzen bei Ulcus carcinomatosum gehen prompt zurück, aber die bald auftretende Recidive weisen auf die Bösartigkeit des Falles hin und gestatten, früher an den Chirurgen zu appellieren als bisher möglich. (Wiener med. Wochenschrift 1906 No. 1.)

## Vermischtes.

- Der **23. Kongress für innere Medizin** findet vom 23. bis 26. April 1906 zu München statt unter dem Vorsitze des Herrn Geheimrath v. Strümpell (Breslau). Als Verhandlungsthema des ersten Sitzungstages ist bestimmt: „*Die Pathologie der Schilddrüse.*“ Referenten: Herr Friedr. Kraus (Berlin) und Herr Kocher (Bern). Herr Hering (Prag) wird am zweiten Sitzungstage ein kritisches Referat über die Unregelmässigkeiten der Herzthätigkeit erstatten. Vorträge haben bis jetzt angemeldet die Herren: Jacob (Cudowa): Zur fieberlosen Pneumonie der Herzkranken; Feinberg (Berlin): Die Ursache der Geschwülste und ihre Verhütung; Aronsohn (Ems-Nizza): Erhöhter Eiweissstoffwechsel im Fieber usw.; A. Bickel (Berlin): Experimentelle Untersuchungen über die Magensaftsecretion beim Menschen; Pässler (Dresden): Klinische Beobachtungen bei Anurie; Dietlen (Giessen): Ueber normale Grösse und Lage des Herzens; Ebstein (Eisenach): Medicinische Bedeutung Eisenachs; P. Krause (Breslau): Ueber Lipaemie

im Koma diabeticum. Anmeldungen von Vorträgen sind zu richten an Geheimrat Dr. Emil Pfeiffer, Wiesbaden, Parkstrasse 13. Mit dem Kongresse ist eine Ausstellung von Präparaten, Apparaten und Instrumenten, soweit sie für die innere Medicin von Interesse sind, verbunden. Anmeldungen zur Ausstellung sind zu richten an Herrn Professor Friedr. Müller, München, Bavariaring 6.

— **Ein neues Tonsillarinstrument** empfiehlt Dr. J. C. Henkes (Amsterdam). Es hat folgende Vorzüge:

1. Man kann mit *einer* Hand operiren;
2. das Instrument nimmt sehr wenig Platz ein und ist daher für die Operation bei jungen Kindern sehr geeignet. Es gestattet einen freien Einblick in den Mund, weil die operirende Hand sich unter dem Munde befindet;
3. bequeme Haltung;
4. genügt eine sehr geringe Drehung der Hand, um rechts oder links zu operiren.

Verfertiger: *Wilh. Walb* Nachf. in Heidelberg.

(Berliner klin. Wochenschrift 1906 No. 3.)

— **Ueber die Behandlung der Hemeralopie mit Lebersubstanz** berichtet Dr. H. Fabry (Schutztruppe für Deutsch-Ost-Afrika). Pat. war der Wegführer, der am Tage ausgezeichnete Führerdienste erwies, während er schon bei beginnender Dämmerung vollständig versagte und Nachts sogar über sitzende Leute stolperte. Vor drei Monaten hatte der 33jähr. Mann zum ersten Male bemerkt, dass er in der Nacht schlecht sähe, und der Zustand verschlimmerte sich rasch so, dass er bald, sobald die Dunkelheit begann, geführt werden musste und vorgehaltene Finger nicht mehr zu erkennen vermochte. Der Mann war sonst immer gesund gewesen und bot auch jetzt ausser einem Lungenemphysem nichts Krankhaftes dar. Roncagliolo hatte vor einiger Zeit mitgetheilt, dass er zwei Fälle von Hemeralopie erfolgreich mit Lebersubstanz behandelt habe. Daraufhin gab Autor seinem Pat. drei Tage hindurch täglich 200—250 g roher Schafleber. Ecclatanter Erfolg. Schon am zweiten Tage konnte Pat. in der Dämmerung allein ohne über etwas zu stolpern gehen und am dritten Tage erkannte er vorgehaltene Finger und sah überhaupt Nachts wie vor drei Monaten. Die Heilung blieb auch in den acht Tagen der weiteren Beobachtung bestehen.

(Berliner klin. Wochenschrift 1906 No. 3.)

- **Eiweiss-Gelatinekapseln** zum Einnehmen von schlecht schmeckenden Arzneistoffen empfiehlt Dr. E. Unger als besonders zweckmässig. Die Proteingelatine-Kapseln werden sehr rasch verdaut, und sie können deshalb nicht, wie die üblichen Gelatine-Kapseln, als Ballast angesehen werden, zumal das leicht verdauliche Eiweiss gleichzeitig als Nahrungsmittel in Betracht kommt, was bei Krankheiten, wo z. B. Leberthran, Kreosot, Eisen etc. in den Kapseln verabfolgt werden, doch einigermaassen ins Gewicht fällt. Diese Kapseln werden mit allen Füllungen bezogen von der Gelatine-Kapsel-Fabrik G. Pohl (Schönbaum-Danzig).

(Therap. Monatshefte, Januar 1906.)

- **Sorisin als Lactagogum** lernte durch Zufall Dr. H. Koerting (Wien) kennen. Eine Wöchnerin, die wegen Milcharmuth ihr Kind nicht ernähren konnte, bekam entsprechende Diätvorschriften und auch Lactagol, ohne dass eine Aenderung eingetreten wäre. Da nahm sie wegen eines Bronchialkatarrhs Sorisin, und schon nach wenigen Tagen war die Milchsecretion eine befriedigende. Autor fand dann noch in zwei Fällen diese Wirkung bestätigt; der eine betraf eine Frau, deren Mutter und Grossmutter schon wegen Milchmangels unfähig gewesen waren, zu ernähren, und die, nachdem sie schon vor dem Partus Sorisin erhalten hatte, ganz gegen ihr Erwarten reichlich Milch hatte, sodass sie vom dritten Tage an ihr Kind nähren und dies, indem sie Sorisin weiter nahm, fortsetzen konnte.

(Medicin. Blätter 1905 Nr. 50.)

## Bücherschau.

- v. Ziemssen's **Klinisches Rezepttaschenbuch**, das jetzt, wieder von Prof. Rieder bearbeitet, in 8. Auflage erschienen ist (G. Thieme, Leipzig. Preis: Mk. 3,50), bedarf der Empfehlung nicht mehr; es gehört zu den bei Aerzten und Studirenden besteingeführten Büchern und bildet ein mit Recht allgemein beliebtes Vademecum für Klinik und Praxis. Es sei daher nur erwähnt, dass der Bearbeiter nicht nur die deutsche Arzneitaxe von 1905 bereits durchwegs berücksichtigt, sondern auch sonst, den Fortschritten der Wissenschaft entsprechend, die verschiedensten Ergänzungen und Verbesserungen angebracht, manches fortgelassen oder gekürzt, anderes neu hinzugefügt hat, so dass überall das Bestreben hervorleuchtet, das Büchelchen auf der Höhe zu erhalten und seine Brauchbarkeit immer mehr zu erhöhen.

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Dr. E. Graetzer in Sprottau.



# Excerpta medica.

Kurze monatliche Journalauszüge

aus der gesamten Fachliteratur

zum Gebrauch für den praktischen Arzt.

Herausgegeben von *Dr. med. Eugen Graetzer in Sprottau.*

Verlag von Carl Sallmann, Leipzig.

*Mai*

*XV. Jahrgang*

*1906*

## **Agrypnie.** Proponal, ein Homologes des Veronal empfehlen

Prof. E. Fischer (Berlin) und Prof. J. v. Mering (Halle a/S.). Proponal oder chemisch Dipropylbarbitursäure, ist, gleich dem Veronal, eine farblose, crystallinische Substanz, die sich in 70 Theilen kochenden und 1640 Theilen Wassers von 20° löst, in verdünnten Alkalien ausserordentlich leicht löslich ist. In 20 Fällen wurde Proponal bei Personen, die an einfacher A. litten, in Dosen von 0,15 bis 0,2—0,5 mit sehr gutem Erfolge gegeben. Der Schlaf trat innerhalb 15—40 Minuten ein und hielt 6—9 Stunden an. Es wurden dann in 50 Fällen vergleichende Untersuchungen über die Wirkung des Proponal und des Veronal angestellt. Hierbei stellte sich heraus, dass durchweg das Proponal in der halben Dosis ebenso stark, wenn nicht stärker wirkte als Veronal. Mehrmals wurde auch beobachtet, dass Schmerzen durch das Mittel erheblich gelindert wurden. Manche Pat., die in Folge von Schmerzen an A. litten, schliefen nach Proponal gut, während Veronal in der doppelten Dosis versagte. Also auch die mit mässigen körperlichen Schmerzen einhergehende A. bildet eine Indication für Proponal. Letzteres gibt man am besten in Pulverform und lässt es mit Wasser, Thee und dergl. hinunterschlucken. Dosen von 0,15—0,5 genügen. Das Proponal wird von den Farbenfabriken in Elberfeld und von E. Merck hergestellt. (Medizinische Klinik 1905 No. 52.)

— Ueber das Schlafmittel Proponal äussert sich auch Dr. S. Kalischer (Schlachtensee-Berlin). Die Tabletten à 0,1 g

wurden stets ohne Schwierigkeiten theils so genommen, theils warm oder kalt gelöst in Wasser, Thee, Milch, Baldrianthee u. s. w. In Anwendung kam das Mittel bei Kranken mit functionellen und organischen Nervenkrankheiten, die an langdauernder A. litten. Erst 3 Tabletten hatten Wirkung; sicherer war dieselbe bei 0,4—0,5 g. Hier trat die Wirkung meist nach  $\frac{1}{4}$ —1 Stunde ein, der Schlaf schwankte zwischen 4—7 Stunden. Im grossen Ganzen scheint Proponal nicht so betäubend zu wirken, wie die Veronalosis, und selbst bei 0,5 g war die Nachwirkung am Morgen geringer als bei Veronal, wo nicht selten, namentlich nach grösseren Dosen und bei älteren Leuten mit Circulationsstörungen und Arteriosklerose, über Schwere, Eingenommenheit des Kopfes und Schwindel geklagt wird. Nach Proponal fühlten sich die Pat. meist freier und leistungsfähiger; Neigung, noch am nächsten Tage zu schlafen, oder eine Nachwirkung für die nächste Nacht konnte Autor nicht feststellen. Ebenso vermisste er eine folgende sedative Wirkung, wenn er von dem günstigen Einfluss absieht, den der durch Proponal verlängerte und vertiefte Schlaf an und für sich auf den Zustand der Pat. ausübte. Um die rein sedative Wirkung des Mittels zu prüfen, gab Autor es auch in einzelnen Dosen von 1—2 Tabletten mehrmals am Tage; doch schien bei mehrfachen Dosen von 0,2 die Müdigkeit und Schlafsucht zu stark, während mehrfache Tagesdosen von 1 Tablette wohl sedativ zu wirken schienen, ohne jedoch den Nachtschlaf zu erzeugen, falls die Dosis nicht Abends erhöht wurde. Eine so constante Wirkung wie nach Veronal war nicht wahrzunehmen. Eine Gewöhnung an das Mittel kam nicht vor, ebenso fehlten alle unangenehmen Nebenwirkungen. Es scheint demnach Proponal als Schlafmittel sehr wohl der Empfehlung werth zu sein, als Ersatzmittel und zur Abwechslung mit anderen. In ganz leichten Fällen dürften schon 0,2—0,3 g wirken, in schwereren sind 0,4—0,6 g nöthig. Dass Schmerzen durch das Mittel gelindert werden oder die A. durch Schmerzen von Proponal besonders günstig beeinflusst werde, konnte Autor nicht wahrnehmen.

(Neurolog. Centralblatt 1906 No. 5.)

- Seine Erfahrungen mit **Proponal** publicirt ferner D. A. Lilienfeld (Sanatorium für Nervenranke in Gross-Lichterfelde). Er machte dieselben an einigen 20 an den mannigfachsten Formen der A. leidenden Pat. und kann nur Günstiges darüber berichten. In der Mehrzahl der Fälle reichten

0,25—0,3 g für Erzielung eines ausgiebigen Schlafes vollkommen aus, also die Wirkung war ungefähr doppelt so stark, als die des Veronals. Als grösste Einzeldosis wandte Autor 0,5 g an. Proponal wurde stets gut vertragen, machte nie unangenehme Nebenerscheinungen. Es wurde als trockenes Pulver oder in kochendem Wasser gelöst gegeben; in beiden Fällen trat die Wirkung meist schon nach 10—15 Minuten ein. Die Pat. schliefen nach 0,3 g im allgemeinen 6—9 Stunden, manche waren am nächsten Morgen noch etwas müde. Ob auch durch Schmerzen bedingte A. auf Proponal aufzuheben sein wird, kann Autor noch nicht beurtheilen; die einzige Beobachtung dieser Art betraf ein an intensiven Gesichtsschmerzen leidendes und in Folge dessen schlafloses Hausmädchen, das nach 0,3 g Proponal sehr gut schlief.

(Berliner klin. Wochenschrift 1906 No. 10.)

- **Proponal** hat Dr. J. Stein (Kaiserin Elisabeth-Krankenhaus Saaz) bei 21 Pat. (mit Phthise, Carcinoma ventriculi, Arthritis deformans, Catarrhus vesicae, Marasmus senilis, Myelitis, Delirium tremens etc.) angewandt. Dosen von 0,1—0,15 hatten keine Wirkung, 0,2 g vermochte in 2 Fällen einen guten 8 stündigen Schlaf zu erzielen; in der Regel jedoch trat die Wirkung erst bei einer Gabe von 0,3 g ein, bei einem Falle von Alkoholdelirium mit starken Hallucinationen erst nach 0,4 g. Im Allgemeinen entsprachen 0,3 g Proponal an Wirkung 0,5 g Veronal. Meist trat nach  $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$  Stunde Schlaf ein, der 6—8 Stunden dauerte. Bei mässigen körperlichen Schmerzen (Rheumatismus chron., Arthritis deformans) wurde auch Linderung der Schmerzen erreicht.

(Prager med. Wochenschrift 1906 No. 10.)

- **Das Malonal, ein neues Schlafmittel** empfiehlt Dr. R. Ebersbach (Klosterspital der Schwestern des III. Ordens Franz v. Assisi, Wien). Malonal, hergestellt von der Fabrik Dr. B. Sieber, Attisholz (Schweiz) ist Diaethylmalonylharnstoff. Seiner chemischen Zusammensetzung und seinen Eigenschaften nach ist Malonal identisch mit Veronal, nur ist es um mehr als ein Drittel billiger wie dieses. Autor wandte es bei mehr als 20 Pat. an, die alle an localen Schmerzen litten (Operationen nach Carcinomen, Phlegmonen, Fracturen etc.). Sie bekamen 1 g (in Oblaten) und schliefen gewöhnlich nach 1 Stunde ein, um morgens

erfrischt zu erwachen. Auch längere Darreichung (durch 6—8 Tage Abends je 1 g) war von bestem Erfolge, Gewöhnung trat nicht ein, ebensowenig irgendwie unangenehme Nebenwirkungen. (Wiener med. Presse 1906 No. 10.)

### **Antisepsis, Asepsis, Desinfection. Melioform, ein**

**neues Desinficiens**, empfiehlt Dr. Lauper (Bezirksspital Interlaken). Die Firma Lüthi & Buhtz (Berlin, Friedrichstr. 238) bringt das Mittel in den Handel, welches die unangenehmen Nebenerscheinungen der gebräuchlichen Antiseptica nicht macht, recht billig ist und bei einem geringen Grad von Giftigkeit eine hohe, durchaus constante, antibakterielle Wirkung ausübt. Das wirksame Princip ist das Formaldehyd, dessen unangenehmer Geruch aber ganz verdeckt ist. Melioform kommt als concentrirte purpurrothe Lösung in den Handel und ist in jeder Lösung vollständig durchsichtig und klar. Die übliche Verdünnung beträgt  $\frac{1}{2}\%$  (= 1 Kaffeelöffel auf 1 l Wasser). Bakteriologische Untersuchungen, die Autor anstellte, bestätigten den antibakteriellen Werth des Präparates. Auch Händedesinfektionsversuche (3—5 Minuten gründliches Bürsten mit Seife und Warmwasser, dann 2—3 Minuten mit  $\frac{1}{2}\%$  iger Melioformlösung) fielen recht günstig aus, desgleichen die praktischen Versuche. Bei der geschilderten Händereinigung wurden Operationen ausgeführt; die Wunden heilten stets reactionslos. Instrumente dürfen nur 3 Stunden in der Lösung gelassen werden, sonst leiden sie. Die Hände und Wunden vertrugen Melioform gut. Auf frischen Wunden tritt manchmal leichtes Brennen ein; ältere, granulirende reinigen sich rasch und werden zu kräftiger Granulation angeregt. Bei Angina, Tonsillitis, Pharyngitis wurden 0,3—0,5—1‰ige Lösungen mit sehr gutem Erfolg als Gurgelwasser verwendet, ebenso in 2 Fällen schwerer Cystitis 0,1—0,3‰ige Lösung zu Blasenspülungen.

(Correspondenz-Blatt f. Schweizer Aerzte 1906 No. 1.)

— **Versuchsergebnisse mit Meliform als Desinfektionsmittel für Hände und Instrumente** veröffentlicht Dr. Lindemann (Berlin) und fasst dieselben wie folgt zusammen:

1. Eine 1‰ige Melioformlösung ist im Stande, bei zehn Minuten langer Einwirkung hemmend auf das Wachstum einer auf Agar-Agar überimpften sporenhaltigen Milzbrandcultur einzuwirken.

2. Die fünf Minuten lange Einwirkung einer 0,5‰igen Melioformlösung auf die Hände, besonders unter gleich-

zeitigem Bürsten mit derselben, genügt, um a) die auf der Innenhand und dem Nagelbett (nicht unter den Nägeln) vorhandenen, nichtpathogenen Keime abzutöden, ohne dass dabei eine schädliche Hautreizung wahrgenommen wurde;

b) eine auf die Hand geimpfte Streptokokkencultur abzutöden;

c) eine auf die Hand geimpfte Cultur von *Staphylococcus pyogenes aureus* abzutöden.

3. Die viertelstündige Einwirkung einer 10%igen Melioformlösung genügt, um die auf die Messerklinge überimpfte Streptokokken-, bzw. Staphylokokkencultur abzutöden, ohne hierdurch wesentlich die Schärfe des Messers zu beeinträchtigen.

Diese Versuchsergebnisse sprechen für die Brauchbarkeit und den Werth des Melioforms als Desinfectionsmittel für Hände und Instrumente wegen seiner nachgewiesenen baktericiden Kraft, seiner Reiz- und Geruchlosigkeit, sowie seiner relativen Ungiftigkeit.

(Deutsche med. Wochenschrift 1906 No. 8.)

- **Der Desinfectionswerth von Lysoform bei mässig erhöhter Temperatur** ist, wie aus Versuchen von Dr. H. Schneider (Institut für Infektionskrankheiten in Berlin) hervorgeht, sehr erhöht. Schon bei einer Temperaturerhöhung auf 37—40° C. erfährt Lysoform eine enorme Steigerung der Desinfectionswirkung, und es empfiehlt sich daher, stets solche warmen Lysoformlösungen zu benützen; über 40° C. gehe man aber nicht hinaus, weil sonst leicht Verflüchtigung von Formaldehyd eintritt.

(Deutsche med. Wochenschrift 1906 No. 6.)

## **Arteriosclerosis. Einige Erfahrungen über Aetiologie**

**und Therapie der A.** publicirt Prof. Dr. G. Klemperer. Er führt zunächst 2 Fälle vor, wo offenbar *Tabakmissbrauch die Ursache der A.* war, und knüpft daran die Mahnung, allen Arteriosklerotikern, in deren Anamnese starkes Rauchen eine Rolle spielt, den Tabak streng zu verbieten. Sodann berichtet er über 2 Fälle, bei denen *sexuelle Excesse als Ursache der S.* anzusehen waren (1mal langjähriger Coitus interruptus). Endlich wird ein Fall erzählt, bei dem die *Jodwirkung* eclatant hervortrat, indem unter 2jährigem Gebrauch kleiner Jodgaben (täglich 1 g Jodnatrium) nachweisbare sklerotische Veränderungen ganz sichtlich zurückgingen, sich eine Herzhypertrophie zurückbildete, Blutdruck und Spannung der Gefässwände geringer wurden u. s. w.

(Die Therapie der Gegenwart, November 1905.)



— Bei A. wird in der I. medic. Klinik der Universität Berlin folgendes Recept verordnet:

Rp. Acid. chinic. 10,0  
 Natr. bicarb. 6,0  
 Aq. dest. ad. 150,0

S. 2—3 mal stündlich 1 Esslöffel.

(Medicin. Klinik 1906 No. 6.)

### **Arthritis urica. Ueber Solurol (Thyminsäure) und seine therapeutische Wirkung in einem Falle von schwerer**

**acuter Gicht mit Chiragra** berichtet Dr. G. Bluth (Charlottenburg), Minkowski hält es für möglich, dass die Spaltungsproducte der Nucleinsäure, insbesondere die im Körper gebildete Nucleotinphosphorsäure (Thyminsäure), mit Erfolg bei A. angewandt werden könnten. Denn nachdem er gezeigt, dass unter gewissen Bedingungen die Harnsäure mit der Thyminsäure eine Verbindung einzugehen vermag, „in welcher sie durch die gebräuchlichen Reagentien nicht mehr gefällt werden kann und selbst bei saurer Reaction gelöst bleibt“, hält er es für wahrscheinlich, dass „wie die übrigen Purinverbindungen, so auch die Harnsäure im Blute und in den Gewebssäften zunächst als Nucleinsäureverbindung auftritt, und dass durch diese Paarung mit dem Nucleinsäurerest nicht nur der Uebergang der Purinbasen in Harnsäure, sondern auch die Lösung und der Transport sowie das weitere Schicksal der Harnsäure im Organismus geregelt wird“. Es würde also bei der Thyminsäurebehandlung der A. das Princip herrschen, die Harnsäure im Körper in Lösung zu erhalten und ihre Ausscheidung in Form von Salzen in den Geweben zu verhindern. Es ist nun der Fabrik Max Elb (Dresden) gelungen, das Mittel herzustellen. Das „Solurol“ genannte Präparat, ein amorphes, braungelbes, leicht in Wasser lösliches Pulver, wird zweckmässig in Tabletten (à 0,25) gegeben. Es leistete Bluth in einem schweren Falle von A. sehr gute Dienste. Am 1. Tage wurden 10 Stück Tabletten (stündlich eine) gegeben, am folgenden 16 Stück (2stündlich 2 Tabletten). Am 3. Tage musste das Mittel wegen unangenehmer Nebenwirkung ausgesetzt werden. Doch bereits am Abend des 1. Tages Nachlass der Schmerzen, deutlich Abschwellung der Hand am 2. Tage, am 3. weitere Fortschritte. An diesem Tage hatte das grösste Breitenmass der Hand um 1 cm, der grösste Umfang um 2 cm abgenommen; Allgemeinbefinden, Nahrungsaufnahme etc. gebessert, Urinmenge von 1000 g

auf 2500 g gestiegen, Gesamtmenge der ausgeschiedenen Harnsäure auf das fünffache vermehrt und in vollkommener Lösung im Urin. Am Abend des 3. Tages nach den grossen Solurolgaben hochgradige Erregung des Nervensystems, Angstgefühl, Herzklopfen, Athemnoth, Erscheinungen, die nach einigen Stunden unter heftigem Erbrechen saurer Massen verschwanden. Nach 8tägigem Aussetzen des Solurols neuer, geringerer Anfall von A. und später bei unregelmässiger Medication des Mittels noch mehrfache Attaquen, bis dieselben infolge längere Zeit hindurch regelmässig genommener Gaben (8 Tabletten täglich) wegblieben. Nur günstige Wirkung wurde in 2 weiteren Fällen subacuter und chronischer A. constatirt. Leider ist das Mittel noch recht theuer.

(Die Medicin. Klinik 1905 No. 54.)

- Eine **erfolgreiche Quecksilbercur bei einem Gichtkranken** führte Dr. L. Schuster (Aachen) durch. Schon vor einigen Jahren hatte Ebstein betont: „Nie sollte bei der Einleitung der Behandlung der Gicht unterlassen werden, klarzustellen, ob Syphilis vorhergegangen ist“. Und der prakt. Arzt darf die gewichtige Lehre der Praxis nicht ausser Acht lassen, dass viele einer rationellen Therapie widerstehende Krankheitsfälle erst dann nicht selten gebessert werden, wenn man die Kranken einer specifischen Cur unterzieht; besonders bei der Möglichkeit früher bestandener Syphilis. Letztere schafft mit den Jahren einen Boden, auf dem nichtsyphilitische Leiden hartnäckig fortbestehen, bis dieser Boden durch specifische Curen erschüttert oder beseitigt ist. Schuster's Fall betraf einen 44jähr. Herrn mit einem acuten Gichtanfall. Pat. wird seit Jahren von der Gicht geplagt, die Intervalle der Anfälle wurden immer kürzer, jetzt macht sich das Leiden beständig in intensivster Weise geltend. Alle antigichtischen Mittel und Thermen versagten. Vor 23 Jahren hatte sich Pat. inficirt. Autor leitete eine energische Schmier- und Jodkalicur ein neben den Aachener Bädern und hatte das Glück, den Kranken vollständig wiederherzustellen.

(Die Therapie der Gegenwart 1906 März.)

### **Blutungen. Ein neues externes Blutstillungsmittel empfiehlt**

Dr. H. Schädel (Poliklinik für Haut- und Harnleiden in Leipzig). Es ist das **Styptogan**, unter welchem Namen die Firma J. D. Riedel in Berlin eine Kaliumpermananganatpaste in Tuben (à 60 Pf.) in den Handel bringt.

Die Paste wurde bei parenchymatösen B., besonders nach Abtragung spitzer Condylome, Warzen etc., mit Erfolg angewandt. Nach sorgfältigem Abtupfen des Blutes von der betreffenden Stelle drückt man das Styptogan mit einem Spatel auf die Wunde, worauf die Blutung sofort steht, sofern die Paste in unmittelbarer Berührung mit dem Gewebe steht (es darf also keine Blutschicht den innigen Contact hindern). Ein Verband ist überflüssig. Nach ein- bis zweimal 24 Stunden stösst sich der Schorf ab und hinterlässt eine reine, granulirende Wunde, die in kurzer Zeit heilt.

(Deutsche med. Wochenschrift 1906 No. 4.)

- **Ein Instrument zur Stillung atonischer B. nach der Geburt** hat Dr. Hans Meyer-Ruegg (Zürich) construiert, und er glaubt, in diesem Instrument „ein Mittel gefunden zu haben, mittels dessen man leichter, rascher, schmerzloser, mit geringerer Infektionsgefahr und trotzdem ebenso sicher wie mit Gaze tamponiren kann. Es besitzt Becken- und Dammkrümmung eines Intrauterinkatheters und hat eine Länge von 35 cm. Sein oberes Ende ist zu einem maximal 5 cm breiten und 3 cm dicken Kolben umgewandelt, welcher eine starke circuläre Riffelung zeigt. Ueberall besteht glatte Oberfläche, nirgends erschweren Spalten usw. die Reinigung. Das verwendete Metall ist Aluminium, so dass das Gewicht des Instrumentes nicht übermässig gross ist. \*) Wie ein Zangenlöffel wird das Instrument auf zwei Fingern oder der halben Hand in den Uterus eingeführt. Soll dabei jede Infektionsgefahr vermieden werden, so zieht man die vordere und hintere Muttermundslippe vor den Introitus vaginae herab und legt den Kolben unter Leitung des Auges direct ins untere Uterinsegment ein. Wenn man ihn jetzt bis zum Fundus vorstösst, so bietet er der äusseren Hand einen vortrefflichen Gegenhalt; es ist als ob man bimanuell hantire. — Die geriffte Oberfläche des Instrumentes gestattet zudem ein derbes Schaben der Uterusinnenfläche. Dadurch wird nicht bloss ein kräftiger Contractionsreiz gesetzt, sondern Blutcoagula, welche immer im Uterus liegen, oft innig mit seiner Wandung sich verfilzen, zur Blutstillung nichts beitragen, dagegen contractionshemmend wirken, ebenso grössere Deciduareste werden zerquetscht, abgerieben, ausgeräumt. Wir bekommen eine völlig reine Uterushöhle: eine der hauptsächlichsten Vorbedingungen für gute Dauercontraction und für aseptischen Wochenbettverlauf. — Bei der Contraction spannt sich die

Uteruswand förmlich um den Kolben an; alle blutenden Gefässräume werden durch die circular verlaufenden Rippen comprimirt. — Selbst in jenen verzweifelten Fällen, in welchen ordentliche Contraction nicht eintritt, kann durch weit umfassenden Gegendruck mit der äusseren Hand die Uteruswand, welche in solchen Fällen mit ihren gefüllten Bluträumen einem durchtränkten Schwamme gleicht, bis zur Blutleere zusammengedrückt werden. — Der Uterus kann mittels des Instrumentes auch ad maximum elevirt und über die Schamfuge nach vornüber gehoben werden, so dass es bei dünnen Bauchdecken sogar gelingen mag, die zuführenden Blutgefässe der Ligg. lata mit beiden Händen direct zu comprimiren. — Bei Inversio uteri wird der Kolben zur Reinversion und Erhaltung der Normallage geeignet sein. Das Instrument bleibt 20—30 Minuten lang liegen. Nach dieser Zeit braucht wohl eine Wiederkehr der Blutung nicht befürchtet zu werden.“

(Centralblatt f. Gynaekologie 1905 No. 6.)

- Eine **hochgradige Blutung bei einer Gravida ohne Unterbrechung der Schwangerschaft** erlebte Dr. Ad. Stark (Marienbad). Derselbe wurde zu einer im 6. Monat schwangeren Frau gerufen und fand diese auf dem Fussboden liegend, pulslos, blass; neben ihr ein Nachtgeschirr voll Blut. Die Blutung stand momentan. Autor schaffte die Pat. ins Bett und machte eine Kochsalzinfusion, mit dem Resultat, dass das Bewusstsein wiederkehrte, Puls und Athmung viel besser wurden; allerdings begann die Blutung von neuem. Innerer Muttermund erwies sich als geschlossen, das Blut kam nicht aus dem Uterus. Aber auch die Abtastung der Scheide ergab keinen Anhaltspunkt für die Herkunft der Blutung. Durch Scheidentamponade wurde letztere zum Stillstand gebracht. Ein Abortus trat nicht ein. Pat. erholte sich auffallend rasch und konnte 4 Tage später ihrer Beschäftigung wieder nachgehen. Sie brachte am Ende der Schwangerschaft ein kräftiges Kind zur Welt. Dabei hatte sie damals ungeheuer viel Blut verloren, nach der Berechnung etwa die Hälfte ihres Gesamtblutvorrathes! Als Ursache jener Blutung war wohl das Platzen eines grossen Varix der Scheide anzunehmen, was auch die Rapidität erklärte.

(Prager med. Wochenschrift 1906 No. 7.)

\*) Zu beziehen von Hahnhardt & Co. in Zürich.

**Ekzem.** Ueber alte und neue Theerpräparate lässt sich

Dr. P. Richter (Berlin) aus und theilt die Erfahrungen mit, die er mit *Anthrasol* gemacht hat. Pinselungen mit 10%iger spirituöser Lösung hatten guten Erfolg bei einem 12jähr. Mädchen mit Nagelekezem. Auch in 2 Fällen von Pruritus ani liess Autor damit pinseln; ein Fall wurde geheilt, der andere, bei dem das Jucken nervöser Natur war, blieb unverändert. In 3 Fällen von Eczema tylositicum an den Handflächen bei Maurern wurde deutliche Besserung erzielt, obgleich natürlich eine Heilung ausgeschlossen war, solange die Pat. arbeiteten. Wenig empfehlenswerth ist die von Sack angegebene 10%ige Lanolin-Glycerinsalbe, dagegen benutzt Autor jetzt seit über einem Jahre 5 bis 20%iges Anthrasol-Zinköl:

Rp. Anthrasol. 5,0  
Ol. Olivar. 40,0  
Zinc. oxyd. 50,0.

Wird die Menge des Anthrasols vermehrt, so muss die des Olivenöls vermindert werden. Damit wurde bei über 100 Fällen verschiedener Arten von E., die zum Theil vorher keinen Theer vertrugen hatten, oft in auffallend kurzer Zeit Besserung oder Heilung erzielt, da man mit diesem scheinbar ganz reizlosen Präparat schon frühzeitig die Theerbehandlung einleiten und schnell die Anthrasolmengen steigern kann. Ganz vollkommen ist allerdings Anthrasol auch nicht, indem der Geruch, wenn auch geringer als bei anderen Theerpräparaten, doch zu verspüren ist.

(Medicin. Klinik 1906 No. 1.)

- In einem Artikel: **Zur externen Behandlung Hautkranker**, empfiehlt Dr. M. Steiner (Herzogl. Landeskrankenhaus Altenburg, S.-A.) ein neues, von den Chem. Werken Fritz Friedländer (Berlin) hergestelltes Theerpräparat *Theerdermasan*, eine dunkelbraune Masse von weicher, fast dickflüssiger Consistenz, enthaltend ca. 5% Liq. carbon. deterg. und 10% Buchenholztheer. Das Präparat hat in hervorragendem Masse juckstillende, schälende und austrocknende Eigenschaften und ruft weder locale Reizungen noch allgemeine Intoxicationen hervor. Es hat sich bei E. jeder Art bewährt, ebenso bei Prurigo, Pityriasis, Scabies u. s. w.

(Berliner klin. Wochenschrift 1906 No. 11.)

- **Thigenol** in der dermatologischen Praxis, besonders bei E., hat mit bestem Erfolge Dr. A. Arman (Dermatolog.-syph. Klinik Pisa) angewandt und konnte bei den be-

handelten Fällen (42) vor allem die Reizlosigkeit und die uckstillende Eigenschaft des Präparates constatiren. Bei 7 Fällen von seborrhoischem E. bewährte sich 10%ige Salbe resp. 10%ige Seife sehr gut, bei 5 Fällen von chron.-infiltrirtem E. das rein angewandte Präparat. Aber auch bei anderen Hautkrankheiten leistete Thigenol vorzügliche Dienste. So bei *Pityriasis* der Kopfhaut (Salbe resp. Seife), bei *Scabies* (pur, bei Kindern 50%ige Salbe), *Prurigo* (50%ige Salbe), *Pruritus vulvae* (pur), *Lichen Wilson* (pur), *Psoriasis* (Umschläge mit 30–50%iger wässriger Lösung, resp. Seifenapplication), *Acne rosacea* (Seife resp. Waschungen mit einer Lösung in Alkohol und Aether aa) *Comedonen* (Seife).

(Wiener klinisch-therap. Wochenschrift 1906 No. 9.)

- **Zur Therapie des Erythema und Eczema intertrigo der Säuglinge** empfiehlt San.-R. Dr. Fürst (Berlin) warm das *Thioform*, das sich ihm hier ganz hervorragend bewährt hat. Man kann den käuflichen Thioformpuder benützen oder ordiniren;

Rp. Thioform. 15,0  
Talc.  
Kaolin. aa 30,0  
Sem. Lycopod. 20,0  
Rhizom. Irid. 5,0.

Das Kind wird nach jeder Entleerung zunächst trocken mit Watte, dann mit ein wenig 3%iger essigs. Thonerde gereinigt, hierauf wird mit Watte sorgfältig abgetrocknet und endlich gepudert.

(Der Kinderarzt 1906 No. 3.)

- **Eine neue Pflanzendermatitis** beobachtete Dr. Dreyer (Köln) im November 1905 bei einem grossen Theil der polizeiärztlich controllirten Dirnen; sie hatte eine wesentliche Aehnlichkeit mit der Primeldermatitis und befiel vorzugsweise Hände und Gesicht. Die Röthung erstreckte sich meist auf Arme und Nacken; niemals Blasenbildung. Bisweilen leichtere Conjunctivitis. An den befallenen Theilen Brennen und Jucken. Alle Pat. waren nun im Kölner Gefängnis gewesen und gaben übereinstimmend an, dass sie beim Aussuchen der Früchte von Sonnenblumen die Krankheit erworben hatten; nur vereinzelt Fälle hatten sich nicht an dieser Arbeit betheiligt, waren aber im Arbeitssaal anwesend gewesen. Die verschiedenen Theile der *Sonnenblume* (*Helianthus annuus*) werden viel-

fach im gewerblichen Leben benutzt. Beim Durchbrechen der Früchte entstehen kleinste Splitter der inneren Fruchtschale; ob diese mechanisch die Dermatitis verursachen oder ob auch chemische Substanzen in Frage kommen, das kann Autor nicht sagen.

(Dermatolog. Centralblatt 1906 No. 5.)

- **Ueber Dermatitis nach dem Gebrauche von Javal** hat Dr. M. Joseph (Berlin) sich schon 1904 ausgelassen. Er verfügt jetzt über einen weiteren Fall schädlicher Beeinflussung durch dieses Geheimmittel. Eine ältere Dame hat nach Weihnachten mit dem Gebrauche von Javal begonnen. Da sie von einer Flasche die erhoffte Wirkung auf den Haarwuchs noch nicht merkte, so versuchte sie noch eine 2. Flasche, musste aber bemerken, dass sich eine äusserst unangenehme Hautentzündung einstellte. Autor fand am 8. II. 06 diffuse Röthung des Gesichts, ödematöse Schwellung der Augenlider, nässendes E. auf dem behaarten Kopf. Unter adstringirenden Umschlägen und Zinnoberalsabe (für den Kopf) verschwand nach 14 Tagen diese Dermatitis. Von einem günstigen Einfluss des Javols auf den Haarboden hat Autor bisher nie etwas gesehen, nur schädliche Einwirkungen bemerkt.

(Dermatolog. Centralblatt 1906 März.)

## **Fracturen und Luxationen. Für Umsetzung der**

**Längsrichtung bei Extensionsverbänden in queren Zug** plaidirt Dr. A. Hofmann (Städt. Krankenhaus zu Karlsruhe). Er schreibt: „Zweck dieser Extensionsart soll die Vermeidung des Rollenträgers sowie sämtlicher Rollen sein. Sie wird wie folgt ausgeführt: Der Extensionsverband wird wie sonst üblich angelegt, nur mit der Modification, dass die Extensionslaschen durch zwei in das Spreizbrett gemachte Löcher durchgezogen werden müssen. Es wird um das Fussbrett des Bettes eine Schnur gelegt und geknüpft, so dass dieselbe einen Ring bildet. Darauf wird eine zweite Schnur durch das eine Loch des Spreizbrettes und um die das Fussbrett des Bettes umspannende Schnur geführt, um dann durch das andere Loch des Spreizbrettes durchgeleitet zu werden. Auf diese Weise ragen die freien Enden der zweiten, queren Schnur nach den beiden Seiten des Bettes hin. Werden nun rechts wie links Gewichte angebracht, so erfolgt nach beiden Seiten ein Zug, der sich auf die Seitenteile des Spreibrettes als Druck im Sinne der Längsachse des zu Spre.



extendirenden Gliedes überträgt. Die Reibungswiderstände mit eingerechnet, wird ungefähr mit der halben Kraft der angehängten Gewichte in der Längsrichtung extendirt. Diese Improvisation stellt in der Armenpraxis eine Ersparniss dar, in der besseren Praxis bedeutet sie eine Schonung kostbarer Bettstätten. Das Spreizbrett darf wegen der Möglichkeit des Umkippens nicht hoch (im Sinne seiner definitiven Lage) sein. Ein Umfallen wird durch Anwendung eines sog. Spreizschlittens, welcher den weiteren Vorzug, leicht auf der Unterlage zu gleiten, hat, verhütet. Dieser Spreizschlitten besteht aus 3 Schmalhölzern, welche ein gleichschenkeliges Dreieck darstellen, dessen Basis die Function des Spreizbrettes ausübt, durch welches, wie schon geschildert, die Extensionslaschen hindurchgezogen werden. An den beiden Seiten ist je eine Ringschraube zur Führung der queren Schnur angebracht. Der Druck im Sinne der Längsextension setzt an diesen Ringschrauben an. Der Spreizschlitten kann von jedem Schreiner, wenn man sich nicht selbst die Mühe geben will, leicht und schnell gefertigt werden. Der Grad der nöthigen Abduction kann durch einen Zügel bewerkstelligt werden, welcher unten um den Bettstollen herumläuft und oben die querziehende Schnur nach der betreffenden Seite abducirt.“

(Münchener med. Wochenschrift 1903 Nr. 6.)

#### -- Die Behandlung der Knochenbrüche mit Stauungshyperaemie

empfiehlt Dr. C. Deutschländer (Hamburg), nachdem er bisher 10 Fälle (1 Epiphysenfractur im Ellenbogen-gelenk mit schwerer Dislocation, 1 subtrochanteren Schrägbruch des Oberschenkels, 2 Diaphysenbrüche des Oberschenkels in der Mitte, 1 supracondylären Querbruch des Oberschenkels dicht über dem Knie, 4 F. der Tibia im unteren Drittel, 1 Malleolenfractur) so behandelt hat. In sämtlichen Fällen vollständige Wiederherstellung der Function, und zwar in einem weit kürzeren Zeitraum, als man es sonst bei ähnlichen Bruchformen beobachtet. Autor staute täglich 6—8 Stunden (mit einer kurzen Unterbrechung in der Mittagspause); im Anfang empfiehlt sich kürzere und häufiger intermittirende Stauung. Behindern Gypsverbände die Anlegung der Stauungsbinde, so lässt sich für dieselbe durch Fenstern des Verbandes oberhalb der Fractur leicht genügend Raum schaffen, und Autor hat auch ohne Bedenken während der Staubebehandlung bei F. der unteren Extremität die Gehbehandlung durch-

geführt. Die Stauungshyperaemie stellt ein sehr einfaches leichtanwendbares Mittel dar, welches den gesammten Fracturheilungsprocess wesentlich abkürzt. Die Callusbildung erfährt eine auffallende Beschleunigung; dadurch dass durch die Stauung die Schmerzhaftigkeit herabgesetzt wird, lassen sich functionelle Bewegungen weit ausgiebiger gestalten, als sonst, was wesentlich zur Erzielung eines raschen und guten functionellen Endresultates beiträgt; endlich betont Autor noch das Ausbleiben atrophischer Processe.

(Centralblatt f. Chirurgie 1906 No. 12.)

#### — Ueber isolirte, subcutane Fissuren der langen Röhrenknochen

lässt sich Dr. Giese (Jena) aus, anlässlich eines von ihm beobachteten Falles. Ein 11jähr. Schüler war beim Spielen mit einem stärkeren Mitschüler so zu Falle gekommen, dass sein rechter Unterschenkel zwischen den Beinen desselben eingeklemmt wurde. Beim Versuche aufzustehen, kam er nochmals in der gleichen Lage zu Falle, und nun erst war es ihm vor Schmerz unmöglich aufzustehen. Bei der Untersuchung fand Autor eine scharf umschriebene Schwellung an der Innenseite der rechten Tibia, etwa an der Grenze zwischen mittlerem und unterem Drittel. Die Schwellung, ca. 8 cm lang und 2 cm breit, machte dem tastenden Finger den Eindruck, als ob sie subperiostal gelegen sein müsse, man hatte das Gefühl, dass man Haut und Unterhautzellgewebe wie über einem festen, dem Knochen aufsitzenden flachen Tumor verschieben könne. Auffallend war die enorme Schmerzempfindlichkeit und die Unfähigkeit aufzutreten. Weder Crepitation noch Federn des Knochens. Fester Verband. Trotzdem weitere heftige Schmerzen, infolgedessen Schlaflosigkeit u. s. w. Deshalb Röntgenaufnahme. Photographie der Vorderfläche des Unterschenkels lässt nicht die geringste Abnormität an der Tibia erkennen, während die Aufnahme an der Medianseite zeigt, dass diese von einem feinen, schräg von hinten oben nach vorn unten verlaufenden Spalt durchsetzt ist. Kurz vor dessen unterem Ende beginnt von der freien Kante der Tibia eine 2. Fissur, welche etwas stärker klafft und nur wenige mm nach hinten und abwärts verläuft, ohne die lange Fissur zu treffen. Weiterer Verlauf ungestört, in der 3. Woche die ersten Gehversuche; keine Callusbildung nachweisbar. — Die Diagnose derartiger isolirter Fissuren war vor Einführung der Röntgenphotographie nicht zu stellen gewesen; man beurtheilte solche Fälle als einfache Contusionen. Klinisch am wichtigsten

zur Unterscheidung ist noch das Missverhältniss zwischen objectivem Befund und subjectiven Beschwerden: auf der einen Seite nur die objectiven Zeichen einer einfachen Contusion, auf der anderen enorme Schmerzempfindlichkeit und Functionsstörung, wie man sie nur nach Fracturen findet. Dies Missverhältniss war es auch, welches den Autor zur Röntgenuntersuchung veranlasste. Weiterhin war es aber auch die Art des Blutergusses, welche trotz negativen Untersuchungsbefundes an eine Knochenverletzung denken liess. Autor sah den Knaben so frühzeitig nach dem Unfall, dass eine Vertheilung des Blutergusses in die Umgebung noch nicht eingetreten war; dieser machte durchaus den Eindruck eines subperiostalen, konnte also nur von einer Verletzung des Periostes oder Knochens selbst herrühren. Man wird ja freilich eine derartige Formation des Blutergusses nur ausnahmsweise finden. Die Prognose solcher Verletzungen ist gut. Grosse Bedeutung gewinnen letztere durch unsere Unfallgesetzgebung. Man wird nicht mehr, wenn die Klagen des Pat. nicht in Uebereinstimmung zu bringen sind, mit dem geringen objectiven Befunde, einfach von Uebertreibung oder Simulation reden dürfen, sondern man wird in solchen Fällen die Röntgenphotographie heranziehen müssen, und zwar möglichst frühzeitig, da mangels einer Callusbildung später nichts mehr zu sehen wäre. Auch eine einfache Durchleuchtung ist ungenügend. Man muss unbedingt Abbildungen von mehreren Seiten der verletzten Extremität machen, da die Fissuren ja nicht die ganze Dicke des Knochens durchsetzen und so sehr wohl sich der Darstellung entziehen können.

(Münchener med. Wochenschrift 1908 No. 9.)

- Mit der **Glycosurie nach Fracturen** beschäftigte sich Dr. Georg Ernst Konjetzny (Gleiwitz). Er gibt in seiner Arbeit einen Beitrag zur Kenntniss von der traumatischen Glykosurie, indem er bei einer Reihe von Fracturen (Schädelfracturen ausgenommen) die Verletzten ausführlich auf spontane bzw. alimentäre Glykosurie untersucht hat. Dabei zeigten sich 68,5% durch Glykosurie complicirte Fälle. Er legt besonderen Werth auf das Arrangement der Untersuchungen. Bei Besprechung der Aetiologie wendet sich Verf. scharf gegen die kritiklose Annahme einer reflectorisch neurogenen Ursache in jedem Falle. Er will die geeignete Berücksichtigung der ins Auge fallenden anatomischen Veränderungen und ihrer eventuellen

Folgewirkungen und nimmt als Ursache der Glykosurie nach Fracturen neben eventueller Fettembolie in die medulla oblongata, hauptsächlich eine Schädigung des glykolytischen Fermentes durch Stoffwechselproducte der Osteoclasten und der Zellgeneratoren an.

(Inaug.-Dissert. Breslau 1906.)

### **Intoxicationen. Acutes umschriebenes Oedem (Quinke)**

**combinirt mit Erythromelalgie** auf dem Boden einer *Alkoholintoxication* beobachtete Dr. E. Schlesinger (Berlin). Er berichtet: „Der Patient ist ein 38jähriger Weinreisender. Im Alter von 28 Jahren acquirirte er Syphilis und machte unter ungenügender Kontrolle zwei Schmiercuren durch. Er ist 7 Jahre lang in kinderloser Ehe verheirathet; seine Frau hat zweimal abortirt. Sein Beruf bringt es mit sich, dass er täglich grosse Quantitäten Alkohol in verschiedener Form zu sich nimmt. 6 bis 7 l Bier und 10 Schnäpse sind etwa das Durchschnittsmaass. Seit circa einem Jahre leidet er an plötzlich auftretenden, circumscripten Schwellungen, die ihren Sitz an den verschiedensten Theilen der Körperoberfläche haben. Am häufigsten kommt es zu Anschwellungen der Augenlider und des Scrotums, oftmals tritt die Unterlippe rüsselförmig hervor und die Zunge wird dick und schwer beweglich. Seltener zeigen sich circumscripte Oedeme auf dem behaarten Kopfe, dem Rumpfe und an den unteren Extremitäten in der Grösse von 2 bis 8 cm Durchmesser. Charakteristisch ist das ganz plötzliche Auftreten der Schwellungen, das ohne jegliche Schmerzen vor sich geht, sowie ihr spurloses Verschwinden nach kurzer Zeit. Die Untersuchung der inneren Organe, sowie des Nervensystems bot nichts Pathologisches, speciell konnte an den von den Schwellungen befallenen Haut- und Schleimhautparthien niemals eine krankhafte Veränderung der Sensibilität (Steigerung oder Herabsetzung) festgestellt werden; eine übermässige mechanische Reizbarkeit der Hautgefässe (Dermographie) bestand gleichfalls nicht. Der Urin zeigte bei wiederholten Untersuchungen durchaus normales Verhalten. Der Augenhintergrund bot keinerlei albuminurische Veränderungen. Die Anfälle traten anfangs alle 2—3 Tage auf und wurden später nach möglichster Einschränkung des Alkohols sowie innerlicher Darreichung kleiner Chinindosen immer seltener. Ende September vorigen Jahres unternahm der Patient mit mehreren Freunden einen 5 Stunden langen Spaziergang, während dessen er *in puncto* Alkohol wieder stark über die Stränge schlug.

Am anderen Morgen fühlte er beim Erwachen pulsirende stechende Schmerzen an den Zehen beider Füße, die nach und nach so heftig wurden, dass er nicht mehr auftreten konnte. Bald trat eine ins bläuliche spielende Röthung sowie eine mässige Schwellung der Endphalangen auf, die hauptsächlich an der Pulpa ausgebildet war. Die Verfärbung der Haut zeigte nach oben hin eine ziemlich scharfe Begrenzungslinie und fühlte sich wärmer an als die nicht befallenen benachbarten Theile. Die Körpertemperatur war normal. Zu gleicher Zeit entstanden eine Reihe etwa markstückgrosser ödematöser Quaddeln an der Innenfläche beider Unterschenkel, dem Verlaufe des Nervus saphenus entsprechend, sowie ein starkes Scrotalödem. Letztere Erscheinungen schwanden wieder nach circa 2 Stunden. Das Gefühl für Berührung und Schmerz, sowie für Wärmereize war an den gerötheten Endgliedern fast vollkommen aufgehoben, das Gefühl für Kälte dagegen nicht beeinträchtigt. Bemerkenswerth war die Erscheinung, dass der Achillessehnen- sowie der Zehenbeugereflex, die vorher bei dem Patienten in normaler Stärke ausgelöst werden konnten, nun vollkommen erloschen waren. Auch die Kniesehnenreflexe schienen eine mässige Abschwächung erfahren zu haben. Die Röthung, Schwellung und Schmerzhaftigkeit der befallenen Endglieder ging unter Chinin (bis 1,0 g pro die) sowie localer Kälteeinwirkung innerhalb einer Woche vollkommen zurück. Bestehen blieb die Abstumpfung des Hautgefühles, sowie das Fehlen der Reflexe.“ Aetiologisch war an dem Krankheitsbilde mit hoher Wahrscheinlichkeit die *Alkoholintoxication* schuld; für die erythromelalgischen Erscheinungen wird mannebenbei noch die vorrausgegangene anstrengende Marschleistung verantwortlich machen. Bei einem anderen Falle von recidivirendem Lidödem, den Autor vor einiger Zeit beobachtete, schien ebenfalls der Alkohol eine Rolle zu spielen, und auch Joseph beschrieb einen Fall, bei dem die umschriebenen Oedeme nach alkoholischen Excessen auftraten. Autor schliesst: „Ebenso wie wir in unserem Falle für das Auftreten der Oedeme wie der erythromelalgischen Veränderungen ein einziges aetiologisches Moment, die Alkoholintoxication anzunehmen berechtigt sind, werden wir geneigt sein, beide Erscheinungen nicht als selbständige Krankheiten aufzufassen, sondern als die verschiedenen Ausdrucksformen, die Symptome einer einzigen pathologisch-anatomischen Affection. Am zwanglosesten scheint die Annahme, dass sich im Verlaufe sensibler und trophischer

Nerven entzündliche Vorgänge von verschiedener Intensität abspielten, derart, dass toxische Reizzustände innerhalb der befallenen Nerven zu dem Auftreten der circumscribten Schwellungen führten, während neuritische degenerative Processe die erythromelalgischen Erscheinungen hervorzurufen im Stande waren. Für die erste Annahme spricht das symmetrische Auftreten der Oedeme im Verlaufe des Nervus saphenus an der Innenfläche der Unterschenkel, für die letztere das Fehlen, respective die Abschwächung der Haut- und Sehnenreflexe, sowie die Abstumpfung des Gefühles an den befallenen Endphalangen, Symptome, die ja als Begleiterscheinung toxischer Entzündungen der peripheren Nerven längst bekannt sind.“

(Medicin. Klinik 1906 No. 4.)

- Ueber eine **acute Saccharinvergiftung** berichtet Dr. Lütth (Bajohren). Eine Frau verschaffte sich 5 g Saccharin aus einer russischen Apotheke und nahm suicidii causa 3 Stück von ungefähr Roggenkorngrösse. 15 Minuten später war Autor zur Stelle. Er fand die Frau am Boden liegend, ganz das Bild acuter Alkoholvergiftung bietend. Gesicht geröthet, vor dem Munde Schaum, Musculatur schlaff, Puls beschleunigt, gespannt, leichte Muskelzuckungen am Rumpfe und Würgen im Schlunde. Pulsfrequenz wurde 30 Minuten nach Einnahme des Giftes kleiner, die Athmung ruhiger, das Würgen hörte auf, und nach 45 Minuten erwachte Pat. und war bei klarem Verstande. Saccharin ist Benzoessäuresulfurid, und auf die Benzoessäure sind wohl die Vergiftungssymptome zurückzuführen.

(Berliner klin. Wochenschrift 1906 Nr. 9.)

- **Selbstmord durch Veronal**, über zwei solcher Fälle berichtet Dr. Fr. Ehrlich (Stettin). Der erste betraf einen 57 jähr. Herrn, der 15 g des Mittels sich verschafft und genommen hatte. Autor fand den Pat. kurze Zeit darauf bewusstlos, mit stark geröthetem, cyanotischem Gesicht, oberflächlich athmend; die Athmung sistirte zuweilen Minuten lang mit entsprechender Steigerung der Cyanose. Hin und wieder Brechbewegungen, Nasenspitze, Hände und Füße kalt. Pupillen stecknadelkopfgross, reactionslos. Puls bald kaum zu fühlen, bald etwas besser, ca. 90 Schläge in der Minute. Sofort Magenausspülung; das Spülwasser kam klar heraus. Sodann  $\frac{1}{2}$  stündlich, im Ganzen sechs Atropininjectionen von 0,0005 pro dosi. Pupillen wurden allmählich weiter und reagirten etwas auf Lichteinfall.

Ab und zu starke Schweissausbrüche. Urin ging einmal von selbst ab. Katheterisation; Urin trübe, sauer, frei von Eiweiss, Zucker und Gallenfarbstoff. Pat. starb, ohne zum Bewusstsein gekommen zu sein, 20 Stunden nach Einnehmen des Giftes. Der zweite Patient, ein gesunder, älterer Herr nahm 11 g Veronal und starb ebenfalls 20 Stunden darauf unter denselben Erscheinungen. *Ein solches Mittel gehört sicher nicht in den Handverkauf!*

(Münchener med. Wochenschrift 1906 No. 12.)

### **Meningitis. Das jodsaure Natrium und die Cerebrospinal-**

**meningitis**, so betitelt Prof. Dr. G. Edlefsen eine Arbeit, in der er gleich Ruhemann das jodsaure Natrium warm für die Behandlung des M. cerebrospinalis empfiehlt. Autor hat früher Jodkalium oder Jodnatrium angewandt und war auch hier schon mit den Erfolgen zufrieden. Noch mehr war dies der Fall, als er statt dessen sich des Natr. jodicum bediente; er erhielt den Eindruck, dass bei Anwendung dieses Mittels in den für Jodkalium üblichen Dosen in den überhaupt der Behandlung zugänglichen Fällen von M. cerebrospinalis die günstige Einwirkung auf die gesammten Krankheitserscheinungen in der Regel rascher zur Geltung kam und noch unzweideutiger hervortrat, als früher bei der Behandlung mit Jodkalium oder Jodnatrium. Bei subcutaner Application des Mittels, wie sie Ruhemann empfahl, wären die Resultate sicherlich noch bessere gewesen. Diese Application wird jedenfalls stets indicirt sein, wenn die Darreichung per os wegen anhaltender Benommenheit oder Brechneigung auf Schwierigkeiten stösst oder gar sich als unmöglich erweist. Man beginne die Jodtherapie ferner so früh als möglich, sobald die Diagnose feststeht. Je früher man die baktericide Kraft der Jodsäure zur Geltung zu bringen sucht, um so eher darf man erwarten, den ganzen Verlauf der Krankheit zu mildern und abzukürzen, um so mehr darf man hoffen, die bedenklichen Folgen der M., besonders bleibende Gehirn- und Gehörstörungen zu verhüten. Es dürfte doch kaum auf Zufall beruhen, das Autor unter mindestens 23 unter Jodtherapie geheilten Fällen nur zwei gehabt hat, bei denen Störungen dieser Art zurückblieben. Natürlich kann man neben dem jodsauren Natrium auch noch andere therapeutische Maassnahmen heranziehen: Application der Eisblase auf den Kopf und gleichzeitig (sehr empfehlenswerth!) unter den Nacken, Lumbalpunctionen, Collargolsalbe u. s. w. Sehr häufig hat



sich Autor veranlasst gesehen, neben Jod auch Bromkalium zu geben, das sehr geeignet ist, die bestehenden Kopfschmerzen und neuralgiformen Schmerzen zu lindern und vor allem die Brechneigung zu beseitigen. Dazu kommt, was namentlich bei Kindern ins Gewicht fällt, dass Bromkalium ein vortreffliches Mittel ist, die oft das ganze Krankheitsbild beherrschenden Convulsionen zu bekämpfen, die Zahl der Krampfanfälle erheblich zu verringern und Schlaf herbeizuführen. — Ausser bei M. hat Autor das Natr. jodicum auch bei anderen Affectionen mit Erfolg benutzt, wo möglichst energische Jodwirkung erwünscht war. Speciell bei *chronischen Lymphdrüenschwellungen* hat es sich bestens bewährt.

(Berliner klin. Wochenschrift 1906 No. 5.)

- **Die Meningokokkenpharyngitis als Grundlage der epidemischen Genickstarre** beleuchtet in ihrer praktischen Bedeutung Dr. A. Ostermann (Hygien. Institut der Universität Breslau). Schon Flügge hat darauf aufmerksam gemacht, dass bei der Verbreitung der Genickstarre jedenfalls nicht so sehr die Genickstarrekranken selbst eine Rolle spielen, als vielmehr Kokkenträger, die nur mit einer specifischen Pharyngitis behaftet sind. Diese macht oft sehr geringe, ja gar keine klinischen Erscheinungen, sie ist aber zur Zeit einer Epidemie bei einer sehr grossen Anzahl von Menschen vorhanden, und zwar recht reichlich und recht lange Zeit. Von diesen Menschen erkranken nur einzelne, für M. Disponirte, selbst an Genickstarre, aber sie sind alle Verbreiter der Infection. Um dies zu begründen, mussten systematische Untersuchungen bei einer Anzahl von Familienmitgliedern und Hausgenossen der an Genickstarre Erkrankten angestellt werden. Ostermann hat sich dieser Aufgabe unterzogen und bisher in sechs Familien, wo Kinder an M. erkrankt waren, solche Untersuchungen vorgenommen. Resultat: In jeder der Familien fanden sich Kokkenträger, und zwar konnten von 24 Familienmitgliedern bei 17 Meningokokken im Nasenrachenraum nachgewiesen werden, bei einigen fast in Reincultur. Bei mehreren Kokkenträgern war klinisch ein deutlicher Katarrh des Nasenrachenraums nachzuweisen, dem gewöhnlich ein sehr reichlicher Meningokokkenbefund entsprach. In anderen Fällen war trotz reichlichen Kokkenbefundes klinisch nichts nachweisbar. Jedenfalls waren in der Mehrzahl der Fälle die subjectiven Beschwerden recht gering. Und darin liegt die besondere

Gefahr für die Weiterverbreitung. Etwas Schnupfen und vermehrtes Rachensecret kommt so häufig vor, dass dies einer Beachtung nicht gewürdigt wird, dass also die Kokkenträger sich im Verkehr mit anderen absolut keine Beschränkung auferlegen und von Vorsichtsmaassregeln keine Rede ist. So werden diese Kokkenträger zur Quelle der Ausbreitung der Genickstarre. Dabei gelangt die Meningokokkenpharyngitis ganzer Familien gar nicht zu unserer Kenntniss, nämlich überall da, wo nicht zufällig eines der ergriffenen Familienmitglieder infolge einer besonderen Disposition an ausgesprochenen Meningitiser-scheinungen erkrankt. Solcher Familien giebt es aber zur Zeit einer Genickstarre-Epidemie sehr viele, und Untersuchungen an einer Schule, in einer Fabrik an Orten, wo Genickstarre vorhanden war, ergaben auch da das Vorhandensein von Kokkenträgern. Therapeutische Versuche zur Vertilgung der Meningokokken fielen leider negativ aus. Die Prophylaxe ist, abgesehen schon von der grossen Anzahl der Kokkenträger, dadurch erschwert, dass das Gesetz uns keine Handhabe giebt, diese unschädlich zu machen. Das Einzige, was in dieser Richtung geschehen kann, ist das Zurückhalten der schulpflichtigen Kinder aus einem Genickstarreuhause vom Schulbesuch sowie vom Spielen mit anderen Kindern, event. ein Schulschluss, allerdings ein zweischneidiges Schwert. Wir sind wesentlich angewiesen auf Belehrung der Bevölkerung, was durch kurze Merkblätter geschehen müsste. Ein solches hat Autor entworfen:

### *Warnung!*

Zur Zeit einer Genickstarre-Epidemie finden sich die Erreger der Genickstarre bei vielen Menschen auf der Schleimhaut der Rachenwand. Sie veranlassen dort manchmal verstärkte Schleimabsonderung, auch wohl Schnupfen; in anderen Fällen rufen sie keinerlei merkbliche Beschwerden hervor. Die Erreger werden von einem Menschen auf den andern verbreitet: 1. Durch die Finger, mit denen man Mund oder Nase berührt hat, durch Küsse, gemeinsames Ess- und Trinkgeschirr; 2. durch den Auswurf, der beim Husten und Räuspern aus dem Rachen entleert wird, und durch Nasenschleim; 3. durch beim Husten und lauten Sprechen verspritzte unsichtbare Tröpfchen, die von anderen Menschen eingeathmet werden können.

Die Verbreitung der Erreger muss durchaus verhütet werden, weil dieselben auch auf solche Menschen (namentlich Kinder) gelangen können, bei denen nicht nur leichte Rachenentzündung entsteht, sondern die infolge einer besonderen Empfänglichkeit durch dieselben Erreger an schwerer oft tödlicher Genickstarre erkranken.

Daher beachte jeder, in dessen näherer Umgebung eine Erkrankung an Genickstarre vorgekommen ist, oder der mit jemand aus der näheren Umgebung eines solchen Kranken in engem Verkehr gestanden hat, 3 Wochen lang folgende Vorsichtsmaassregeln:

1. Man meide jeden unnöthigen Verkehr mit anderen Menschen, besuche namentlich keine Locale und Versammlungen, wo zahlreiche Menschen zusammenkommen. Beim unvermeidlichen Verkehr halte man sich in thunlichster Entfernung von den anderen Menschen und vermeide Berührungen, Küsse und gemeinsames Ess- und Trinkgeschirr.

2. Auswurf und Nasenschleim nehme man in Leinen- oder Mullläppchen oder in Papiertaschentüchern auf, die sofort zu verbrennen sind. Benutzte Taschentücher müssen 10 Minuten in kochendem Wasser gehalten werden oder 1 Stunde lang in Kresolwasser (aus Apotheken oder Drogenhandlungen zu beziehen) eingelegt werden. Mit Auswurf oder Schleim in Berührung gekommene Finger sind mit dieser Lösung zu waschen, derart beschmutzte Fussbodenstellen und Kleider reichlich damit zu befeuchten.

3. Während des Sprechens und Hustens halte man sich etwa auf Armlänge von anderen Menschen entfernt.

Möglichste Isolirung der an M. Erkrankten ist natürlich geboten. Nur ist es nicht angezeigt, die Isolirung mit Gewalt zu erzwingen. Der Nutzen für die Eindämmung der Seuche, der damit im Einzelfalle erreicht wird, kommt gar nicht in Betracht gegenüber der Gefahr, dass die Bevölkerung durch ein solches Verfahren aufgereizt und veranlasst wird, die Krankheit zu verbergen und die freiwilligen Vorsichtsmaassregeln zu unterlassen, auf die wir gerade bei dieser Seuche in so hohem Maasse angewiesen sind. Auch auf Desinfection werden wir nicht verzichten; die ausserordentliche Widerstandslosigkeit der Meningokokken, sobald sie den menschlichen Körper verlassen haben, lässt auch hier zu, dass wir uns in mässigen Grenzen halten und nur das Nothwendigste veranlassen

**Neuralgien.** Ueber **Hemicrania ophthalmica** schreibt Dr.

Wolffberg (Breslau): „Nach Liveing, 1873 (On migrain. Sick-Headache and some allied disorders a contribution to the pathology of nerve-storms) wird Bromkalium in grossen Dosen mit Erfolg gegen Hemicrania ophthalmica gegeben. Die von Richard Fuchs (früher Assistent von Kraft-Ebing) gegen Migräne verordnete Composition ist folgende:

Phenacetini 0,5  
 Coffeini 0,06  
 Codein 0,02  
 Guaranæ 0,20  
 M. f. pulvis.

Natterer (München) stellte hiernach Migränetabletten (in rother Packung) her, welche den unangenehmen Geschmack des Codein verdecken und nächst *Migraenin* das empfehlenswerthe Mittel gegen Migräne sind. Natterers Tabletten in grüner Packung sind halb so stark als die in rother Packung. Persönlich wende ich gegen sogen. *Augenmigräne*. (mit Hemianopsie, Flimmerskotom etc.) neben allgemeinen diätetischen Vorschriften nach Neustätter's Empfehlung mit gutem Erfolge *Validol* an; gegen Migräne oder auch gegen iritische Schmerzen und ähnliches, neben Trigemin, die seinerzeit, (1891, „Der Frauenarzt“, Nr. 8) von Schlutius empfohlene, auf meine Anweisung in hiesiger Mohren-Apotheke in Tablettenform hergestellte Composition folgender Mittel:

Phenacetin Bayer 0,3  
 Coffein. natr. salicyl. 0,015  
 Morph. hydr. 0,005 (0,01)  
 Butylchloral 0,2

Während *Veronal* (0,5) mir für Operirte allein ausreicht, um ruhigen Schlaf für die ersten Nächte nach der Operation zu erzielen, lasse ich bei schmerzhaften, die Nachtruhe störenden Augenaffectionen  $\frac{1}{2}$  Stunde vor dem Veronal noch eine der Schlutius'schen Migränetabletten und zwar fast ausnahmslos mit gutem Erfolge nehmen.“

(Wochenschrift f. Therapie u. Hygiene des Auges, 4. Januar 1906).

— **Zur Therapie nervöser Schmerzen** äussert sich F. Lots (Friedrichroda). Nach ihm sind solche Schmerzen Folge eines Reizzustandes in dem sensiblen System und haben ihre Ursache in der mangelhaften Thätigkeit dieses



Systems resp. der Hautnerven. Wir müssen deshalb die Hautnerven in Function treten lassen, wir müssen sie zur Thätigkeit bringen, und zwar zu reger, anhaltender Thätigkeit. Das geschieht in Gestalt von trockenen Frottirungen mit einem rauen Stoffe. Autor hat sich dazu aus Woll- und Baumwollfasern gemischt ein Gewebe herstellen lassen, das selbst bei starker Anwendung nie wund macht. Die nervösen Schmerzen verschwinden oft schon nach einer Frottirung. Sie kommen allerdings wieder; wenn man aber event. mehrmals täglich (bis 1—2 stündlich) wiederholen lässt, verschwinden sie dauernd und kehren nicht wieder. (Therap. Monatshefte, 1906 März).

**Pneumonie.** Einen Fall von Pneumokokken-Peritonitis mit Heilung beobachtete Dr. F. Daxenberger (Regensburg). Rein pneumonische Peritonitiden, bei welchen der *Diplococcus pneumon.* als alleiniger Mikrobe constatirt wird, gehört zu den grössten Seltenheiten. Sie betreffen gewöhnlich Kinder und entstehen durch Invasion der Entzündungserreger auf dem Wege der Lymphbahnen des Zwerchfells, und zwar erfolgt diese nicht auf einmal in grosser Menge, sondern meist allmählich, weshalb die Erscheinungen der Peritonitis im Gegensatz zur perforativen Form nicht so prägnant plötzlich und in voller Stärke einsetzen, sondern gewöhnlich langsam mit dem Bild des bestehenden Grundleidens verschmelzen. Die Prognose ist immer ernst, besonders die eitrigen Formen verlaufen meist letal. Durch operative Eingriffe gelingt es zwar zuweilen, das Leben zu erhalten, doch ist auch dann das Zurückbleiben gewisser Residuen, namentlich von Darmverwachsungen die Regel. Vollständige Heilungen sind ganz vereinzelte. Autor erzielte eine solche in seinem Falle, den er wie folgt schildert:

„Ein 5jähriges Mädchen R., welches, abgesehen von einer phlyktänulären Conjunctivitis, immer gesund war, erkrankte plötzlich am 12. IV. 03 mit Frost, mehrmaligem Erbrechen, Kopf- und Bauchschmerzen. Die Kleine lag apathisch, etwas benommen da, griff häufig nach dem Kopf, die Temperatur war  $39,5^{\circ}$ , der Puls 120, klein, regelmässig, die Athmung mässig beschleunigt (26—28), der Leib leicht meteoristisch aufgetrieben, nicht empfindlich, die Pupillen, etwas weit, reagirten. Ueber der Lunge war zunächst noch nichts Krankhaftes nachweisbar und schwankte ich bei der ersten Untersuchung in der Diagnose zwischen Pneumonie und Meningitis.

Am 2. Tage war typisch pneumonischer Befund zu constatiren: es trat Husten hinzu, links hinten unten, unter dem Schulterblatt, gedämpft tympanitischer Schall, verschärftes Athmen mit inspiratorisch feinem Rasseln. In den nächsten 5 Tagen nahm die Dämpfung und das Rasseln zu, die Athmung wurde bronchial, aber nicht abgeschwächt, Stimmfremitus erhöht, keine Verdrängungserscheinungen, das Fieber ging auf  $38,5-38,0^{\circ}$  zurück. Merkwürdigerweise liessen die Leibschmerzen nicht nach, sondern nahmen im Gegentheil noch zu, es stellten sich noch zeitweises Erbrechen und Aufstossen, sowie häufige Durchfälle ein. Der Leib wurde immer stärker aufgetrieben und druckempfindlich und im Verlaufe von weiteren 8 Tagen zeigte sich, während die pneumonischen Erscheinungen vollständig zurückgegangen waren, in den unteren und seitlichen Parthien des Abdomens eine unregelmässige Dämpfung, immer zunehmend, keine Fluctuation, dabei Hochstand des Zwerchfells und Verkleinerung der Leberdämpfung. Das Kind kam immer mehr herunter, verrieth bald collabirtes Aussehen, das Fieber stieg wieder mit Remissionen auf  $39-40^{\circ}$ , der Puls war 140, klein. Die Diagnose Peritonitis exsudativa wurde noch durch die Probepunction, welche das Vorhandensein von dickem, gelbgrünem Eiter ergab, bestätigt und nun sofort zur Operation geschritten. Ein ca. 15 cm langer Schnitt zunächst links, dann auch noch rechts längs des äusseren Randes des M. rectus eröffnete die Bauchhöhle. Massiger, nicht gerade foetider Eiter quoll hervor und lag diffus über den Darmschlingen, welche leicht geröthet und zum Theil mit fibrinösen Auflagerungen bedeckt waren. Die mikroskopische Untersuchung desselben zeigte nach Ziel-Neelsenscher Färbung reine Colonien des specifischen *Diplococcus pneumoniae* Fraenkel. Eine Perforation, speziell des Zwerchfells, war nicht zu finden. Die Bauchhöhle wurde mit steriler, warmer Kochsalzlösung ausgespült, ausgetupft und mit Jodoform- und steriler Gaze tamponirt. In den nächsten Tagen entleerte sich noch reichlich Eiter, welcher nun dünnflüssiger wurde, durch den Verband; das Fieber fiel ab, der Kräftezustand hob sich, die Schmerzen wurden immer geringer, das Erbrechen hörte auf, nach acht Tagen liess auch die Secretion nach, die Operationswunden verkleinerten sich unter lebhafter Granulationsbildung immer mehr und vernarbten schliesslich unter Lapisierung, und sechs Wochen nach der Operation konnte das Kind das Bett verlassen.

nicht bloss relativ, sondern absolut geheilt. — Dass hier keinerlei Störungen durch Verwachsungen von Gedärmen zurückblieben, sei besonders hervorgehoben. Die Narben sind fest, sie wölben sich zwar beim Husten etwas vor, es besteht aber kein ausgesprochener Bauchbruch und ist R. nur angewiesen, um eine stärkere Narbendrehung zu vermeiden, eine solide Leibbinde zu tragen und auf regelmässigen Stuhlgang zu achten. Das Kind besucht seit September 1903 regelmässig die Schule, ist bis jetzt vollkommen gesund geblieben und hat keinerlei ärztliche Hilfe mehr in Anspruch genommen. Das Bild der Peritonitis war hier wie in fast allen derartigen Fällen lange verwischt. Bemerkenswerth ist in diesem Falle der Beginn mit Bauchschmerzen. Doch konnte diesem Symptom noch keine pathognomonische Bedeutung für eine Peritonealerkrankung zugemessen werden, da Kinder ja häufig auch über unbestimmte Schmerzen klagen und gerne Schmerzen nach dem Bauche verlegen bei ganz anderer Localisation derselben. Das anfängliche Erbrechen wurde auf die Pneumonie oder eine eventuelle Meningitis bezogen, erst später, als es wiederkehrte, lenkte dann die Auftreibung und Druckempfindlichkeit des Leibes die Aufmerksamkeit auf das Peritoneum, wobei auch das Steigen des Fiebers auf eine Complication hindeutete. Eine Pleuritis war nicht nachweisbar, vielmehr verlief die Pneumonie ganz regulär und waren die pneumonischen Erscheinungen schon zurückgegangen, als die peritonitischen evident wurden. Es ist natürlich schwer, den Zeitpunkt des Auftretens der Peritonitis genau festzustellen. Es wurden eben die peritonitischen Erscheinungen durch das Grundleiden zu stark verdeckt. Doch hat es fast den Anschein, dass die Peritonitis, resp. die Invasion der Pneumokokken in die Peritonealhöhle gleich zu Beginn der Erkrankung ihren Anfang nahm, dass sich die angesiedelten Kolonien erst langsam weiter entwickelten und allmählich sich so die Symptome beider Erkrankungen mischten. Was die Behandlung derartiger Fälle betrifft, so bietet bei einer citrigen Exsudation eine möglichst frühzeitige breite Eröffnung der Bauchhöhle wohl die einzige Aussicht auf Heilung. Bei den nicht eitrigen Formen wären eventuell locale Spiritusumschläge und allgemeine Credésche Behandlung mit Collargol zu versuchen.



— Zur Serumbehandlung der croupösen P. theilt Dr. S. Tauber die in der I. medic. Abtheilung des k. k. allgem. Krankenhauses in Wien mit dem Römer'schen Pneumokokkenserum gemachten Erfahrungen mit. Es wurden damit 9 schwere Fälle von reiner Diplokokkenpneumonie behandelt, ferner 5 schwere Fälle von P. mit nicht einheitlichem Erreger (neben dem *Diplococcus pneumoniae* 2 mal *Bacillus Friedländer*, 1 mal *Bacillus Welsch*, 2 mal *Micrococcus catarrhalis* Pfeiffer). In diesen 5 Fällen war keine Beeinflussung durch die Seruminjection zu erkennen, ebenso wie in einem Falle von käsiger P., bei Tuberculose und in einem Falle von confluirender lobulärer Diplokokkenpneumonie bei einem 61jährigen Pat. mit chron. Lungentuberculose. Anders die Resultate in den Fällen reiner Diplococcenpneumonie. Mit Ausnahme von 2 Fällen trat in allen im Anschluss an eine Seruminjection Entfieberung ein, und zwar in einem Zeitraume von 10—15 Stunden; in 2 Fällen trat sie nach der ersten, in 2 nach der zweiten, in den übrigen nach der 3. Injection ein. Die Entfieberung hatte kritischen Charakter bis auf einen Fall. Dieser betraf einen schweren Trinker mit P. der ganzen rechten Lunge; hier trat 13 Stunden nach der Abends applicirten Injection von 30 cm<sup>3</sup> des Morgens Entfieberung ohne Aenderung der Pulsfrequenz ein, Mittags stieg die Temperatur wieder auf 38,2°, am Nachmittag erfolgte dauernde Entfieberung. Subjective Erleichterung und Besserung des Allgemeinbefindens konnte bei diesen Pat. fast nach jeder Injection beobachtet werden. In einem Falle (P. mit Icterus) wurden am 14. Krankheitstage wegen bedrohlicher Erscheinungen (Trachealrasseln, schwere Benommenheit) 20 cm<sup>3</sup> Serum injicirt; schon wenige Stunden darauf schwanden die bedrohlichen Zeichen, am nächsten Morgen trat Entfieberung ein. Ein Beispiel für die nach den Injectionen wiederholt beobachtete Besserung der geschädigten Circulation bot ein anderer Fall, in welchem der auf 40 mm gesunkene Blutdruck nach Injection von 10 cm<sup>3</sup> Serum auf 70 mm stieg. Besonders hervorzuheben wäre noch ein Fall von P. des rechten Unter- und des Mittellappens bei einer 68jährigen, schwächlichen Frau mit schwerer Kreislaufs- und Bewusstseinsstörung, mit einer Blutdrucksenkung bis auf 40 mm, bei welcher 10 Stunden nach der 1. und 15 Stunden nach der 2. Injection von je 10 cm<sup>3</sup> vorübergehende Entfieberung und Hebung der Circulation eintrat, und bei welcher 14 Stunden nach einer 3. Injection von 10 cm<sup>3</sup>

am fünften Krankheitstage der kritische Ablauf der Krankheit erfolgte.

(Wiener klin. Wochenschrift 1906 No. 11.)

- **Die quaternären Alkaloidbasen in der Therapie** benutzte Dr. Alb. Schütze (Lazarett der deutschen Vereine vom Rothen Kreuz in Charbin). Als tertiäre Basis ist Morphin und Codein befähigt, durch Addition von Halogenalkylen in Salze quaternärer Basen überzugehen. Die entsprechende Verbindung des Codeins: Codein. methylobromat. oder Eucodin, ist bedeutend ungiftiger als Codeinphosphat, ohne den sedativen Effect desselben vermissen zu lassen, und wirkt häufig secretlösend. Quantitativ ist die narkotische Wirkung reducirt, indem man in den meisten Fällen ein halb oder noch einmal so grosse Dosen wie vom Codeinphosphat bedarf. Während sich bei der Bromalkylierung des Codeins nur eine geringe Reducirung der narkotischen Wirkung geltend macht, geht diese bei gleichem Vorgange beim Morphin völlig verloren. Das Euporphin wirkt aber sehr gut secretionsbefördernd und erleichtert die Expectoration, wie sich Autor während des russisch-japanischen Krieges bei etwa 30 Fällen überzeugen konnte. Es waren dies Fälle von P. und Bronchitis bei Typhus und von idiopathischer schwerer P. und Bronchitis. Die Verordnung lautete:

Rp.: Euporphin 0,05—0,1 : 190,0

Syr. simpl. 10,0

S. 2—3 stündl. 1 Esslöffel.

(Berliner klin. Wochenschrift 1906 No. 12.)

**Psoriasis. Ueber Leucoderma psoriaticum** lässt sich Dr.

H. Assmy (Städt. Krankenhaus am Urban in Berlin) anlässlich eines von ihm beobachteten Falles aus. Ein 25jähriger Mann leidet seit seinem 16. Lebensjahre an P., die wohl verschiedene Schwankungen in Bezug auf Intensität zeigte, aber nie völlig verschwand. In den letzten 2 Jahren blieb das Leiden stationär und war auf 2 etwa halbhandtellergrösse Plaques an beiden Ellenbogen beschränkt. Behandelt wurde Pat. in dieser Zeit nicht. Vor etwa  $\frac{1}{4}$  Jahr starkes Recidiv mit hauptsächlichlicher Lokalisation auf Bauch und Rücken. Pat. behandelte sich selbst mit Bädern. Pat. zeigt bei der Aufnahme am ganzen Körper zerstreut zahlreiche, wenig schuppende Psoriasisefflorescenzen, nicht über Markstückgrösse. Auf Brust, Bauch

und Rücken zwischen den einzelnen Plaques zahlreiche Depigmentirungen, scharf umgrenzt und nach Form und Grösse den bestehenden Psoriasisefflorescenzen völlig entsprechend. Keine Pigmentanhäufung in der Umgebung derselben. Hals und Nacken, Achsel und Leistenregionen gänzlich frei davon. Keine Drüsenschwellungen, keine Zeichen von Lues. — Da Pat. in den letzten 2 Jahren antipsoriatisch nicht behandelt worden war, so kann unmöglich das Entstehen eines Leucoderma psoriaticum auf den Einfluss von Arsen- oder Chrysarobinpräparaten bezogen werden, wie manche Autoren behaupten. Aus dem Umstande, dass die Depigmentirungen mit den zur Zeit der Untersuchung bestehenden Psoriasisplaques in Bezug auf Grösse und Form correspondiren, sowie ferner, dass dem letzten Recidiv ein 2jähriges eruptionsfreies Intervall vorausging, in welchem sich, falls sie vorher entstanden, doch wahrscheinlich auch Veränderungen der Depigmentirungen, wie sie Kaufmann beschrieben hat (s. unten), ausgebildet hätten, kann man wohl mit ziemlicher Sicherheit annehmen, dass es sich hier um Vorgänge in der Haut handelt, die zeitlich mit dem letzten Recidiv zusammenfallen. Ueber die Dauer eines Leucoderma psoriaticum ist nichts Sicheres bekannt. Kaufmann sah ein solches noch nach  $1\frac{1}{2}$  Jahren deutlich, doch hatten die Flecken, die ursprünglich denen obigen Falles analog waren, sich insofern geändert, als die Conturen viel weniger deutlich waren, die Flecken sich beträchtlich vergrössert hatten, und von ihnen zackige, weissliche Ausläufer ausstrahlten. Auch Rille sah einen Fall, bei dem sich das Leukoderm 2 Jahre sichtbar erhalten hatte. In obigem Falle waren nach etwa 4 Monaten irgendwelche Veränderungen nicht nachweisbar. Was nun die Frage anbelangt, ob das psoriatische Leukoderm den Werth des syphilitischen bezüglich der diagnostischen Verwerthbarkeit beeinträchtigen könnte, so ist dieselbe bereits von Rille zu Gunsten des letzteren entschieden worden. In obigem Falle war es unmöglich, beide Arten zu verwechseln: Localisation, Form und Zeichnung konnten eine Verwechselung nicht aufkommen lassen. Bei Localisation am Halse kann freilich die Unterscheidung schwierig werden, wenn auch das Leucoderma psoriaticum sich immerhin durch die Grösse und isolirte Position der Flecken von den syphilitischen auszeichnet. Welche Momente das Zustandekommen eines Leucoderma psoriaticum bedingen, das steht noch nicht fest. Dass Medi-

camente als ursächliche Factoren nicht immer in Frage zu kommen brauchen, beweist obiger Fall. Jedenfalls kann man aber mit Sicherheit annehmen, dass es sich aus den Psoriasisplaques, d. h. auf Stellen entwickelt, an denen Psoriasiseflorescenzen localisirt waren, während sich das syphilitische durchaus nicht immer aus klinisch wahrnehmbaren syphilitischen Efflorescenzen entwickelt. Obiger Fall ist auch noch insofern bemerkenswerth, als die Bildung eines Leukoderm nur in einer vorübergehenden Periode der Krankheit stattgefunden hat, während wahrscheinlich die vorangehenden Eruptionen spurlos verschwunden sind. (Medicinische Klinik 1906 No. 6)

— **Ein Fall von traumatischer P.** wird von Dr. Aronheim (Gevelsberg) mitgetheilt. Am 15. II. 04 glitt ein Arbeiter beim Ziehen eines schwer beladenen Rollwagens aus und erlitt durch eine Axe desselben am rechten Unterschenkel im unteren Drittel an Rück- und Streckseite und im 1. Drittel des Fussrückens sehr starke Quetschungen. Er machte sofort kühlende Umschläge und arbeitete bald wieder. Erst am 6. III. kam er. Unteres Drittel des r. Beines stark geschwollen und geröthet; in der Mitte der Schwellung auf der Rückseite ein markstückgrosses, missfarbiges Geschwür mit gewulsteten harten Rändern. Nach Hochlagerung, Sublimatumschlägen, Ichthyolsalbe Besserung, doch vergrösserte sich das Geschwür und war am 29. III. fünfmarkstückgross. Um diese Zeit bildete sich am unteren Ende des r. Unterschenkels, nahe dem inneren Knöchel ein zweites, dem ersten gleichendes Geschwür aus. Am 17. IV. nahm Pat. die Arbeit wieder auf, musste sie aber nach einigen Monaten wieder lassen, da Schwellung und Entzündung sich gar nicht besserten, ja Schmerzen und Anschwellung des Beines bei anhaltendem Gehen oder Stehen zunahmen und die Geschwüre reichlich blutigeitrig Absonderung zeigten. In der folgenden Zeit nun entwickelte sich genau an der verletzten Stelle, während die bisher dort etablirten Affectionen sich besserten, eine charakteristische P. nummularis, die Autor in seinem Gutachten direct auf die frühere Verletzung zurückführen zu können glaubte, zumal ein anderer aetiologischer Factor nicht zu eruiiren war, hereditäre Belastung fehlte und Pat. selbst bis dahin weder an P. noch an einer anderen Hautkrankheit je gelitten hatte.

- Die Behandlung der Psoriasis vulgaris mit Chrysarobin-Dermasan empfiehlt Dr. Lengefeld (Dr. M. Joseph's Poliklinik in Berlin). Durch täglich 1 mal 5—10 Minuten langes Einreiben des 10%igen Chrysarobin-Dermasans in die Haut wurden sehr befriedigende Erfolge erzielt.

(Wiener klin.-therap. Wochenschrift 1906 No. 6).

### **Sklerodermie. Temperatursteigerung nach Thiosinamin-**

**gebrauch** gelegentlich der Behandlung einer S. beobachtete Dr. E. Brinitzer (Dermatolog. Klinik Bern). Kräftiger 32 jähriger, an diffuser S. leidender Mann erhielt während 3 Wochen von 0,02—0,1 allmählich steigende Dosen Thiosinamin täglich injicirt (Thiosinamin. 10,0 Glycerin. 20,0, Aq. dest. ad 100,0). Nachdem er 4 Injectionen zu 0,1 Thiosinamin gut vertragen hatte, trat nach der 5. Injection am gleichen Tage eine Temperaturerhöhung bis auf 38,6° auf, die am nächsten Abend auf 39,2° anstieg und zwei Tage anhielt. Erst nach reichlich 3 Wochen wieder Injection, aber nur von 0,05 g Thiosinamin. Wieder Temperaturanstieg (39,3°), Mattigkeit, Appetitlosigkeit etc. Fieberzustand wieder zwei Tage anhaltend. Nach 14 Tagen, nachdem Pat. sich vollständig erholt, nochmalige Injection von 0,05 g Thiosinamin. Wieder plötzlicher Anstieg der Temperatur auf 38,7°, begleitet von Mattigkeit und Appetitlosigkeit. Nunmehr wurde ein Versuch mit *Fibrolysin* gemacht, nachdem 17 Tage vergangen waren, und zwar wurde von den bei diesem Mittel gebrauchten Ampullen =  $\frac{1}{2}$  Ampulle, entsprechend 0,1 Thiosinamin gegeben. Schon nach wenigen Stunden Temperaturanstieg, der noch am gleichen Tage 39,8° erreichte. (Daneben wieder grosse Abgeschlagenheit und Apathie.) Erst nach zwei Tagen Rückkehr der Temperatur zur Norm. Nun wurde der Versuch gemacht, gegen die fiebererregende Wirkung des Medicamentes mit minimalen Dosen allmähliche Gewöhnung zu erzielen. Es wurden am ersten Tage nur 2 mg Fibrolysin injicirt und anfangs täglich nur um 1 mg gestiegen, später von Injection zu Injection (nur 3 mal wöchentlich) um 2—5 mg. Dabei Allgemeinbefinden durchaus befriedigend. Es gelang so, innerhalb 9 Wochen den Pat. dahin zu bringen, dass er 0,1 Thiosinamin gut vertrug (Injection von Thiosinamin und Fibrolysin abwechselnd). — Zwei Punkte sind in dieser Krankengeschichte besonders bemerkenswerth. Einmal das Vorkommen einer „geweckten“ *Idiosynkrasie*; erst nach längerem Gebrauch zeigte sich die eigenthümliche

Reaction, um späterhin schon nach einmaliger Gabe sofort wieder in Erscheinung zu treten. Sodann das Erreichen der *Gewöhnung an das Mittel*, die es möglich machte, den Pat. mit letzterem weiter zu behandeln, was um so wichtiger war, als gerade bei der S., wo dem Arzte nur eine geringe Auswahl wirksamer therapeutischer Maassnahmen zu Geboten stehen, mit jenem Mittel schon vielfach gute Erfolge erzielt worden sind. Auch obiger Pat. verliess die Klinik in erheblich gebessertem Zustande. Wieweit dieser Erfolg dem Thiosinamin zu danken ist, ist freilich schwer zu beurtheilen, da auch Schwitzproceduren, Massage, zeitweise auch Thyreoideapräparate angewendet worden waren.

(Berliner klin. Wochenschrift 1906 No. 4.)

### **Tuberculose.** Ueber die **Behandlung der T. mit dem Anti-**

**tuberculosenserum von Marmorek** liegen zwei Berichte vor, die sich vollständig widersprechen. Prof. Dr. Stadellman und Dr. A. Benfey haben im Städt. Krankenhaus am Friedrichshain in Berlin das Serum in fünf Fällen von Lungentuberculose aller 3 Stadien angewandt. Dabei wurde eine Besserung in dem objectiven Lungenbefund und dem Allgemeinzustande der Kranken in keinem Falle wahrgenommen, im Gegentheil fast ausnahmslos eine solche Verschlechterung, dass ein Abbrechen der Cur nöthig wurde. Dagegen theilte Privatdoz. Dr. E. Lewin (Stockholm) auf dem Internat. Tuberculose-Congress in Berlin die Resultate mit, die eine grössere Anzahl schwedischer und norwegischer Aerzte erzielt hatten. Dieselben waren so günstige, dass Autor nicht ansteht, das Serum für die Behandlung der Lungentuberculose zu empfehlen.

(Berliner klin. Wochenschrift 1906 No. 4.)

### **— Zur medicamentösen Behandlung des Fiebers bei Lungentuberculose** liefert Dr. Al. Kühnel (St. Elisabethspital in Wien) einen Beitrag, in welchem er sich speciell mit dem *Martins* beschäftigt. Er sagt u. A. darüber:

„Den zahlreichen Veröffentlichungen über die Wirkungsweise des Martins möchte ich nun unsere Erfahrungen bei über 50 an Phthisis pulmonum Erkrankten mit mehr als 2400 Einzeldosen anreihen. Das Mittel wurde in Gaben von 0,1 bis 0,5 verabreicht u. zw. in der Art, dass die fiebernden Patienten während der ersten Tage ihres Spitalaufenthaltes unter genauer Notirung der Tempera-



turen ohne jedwedes Antipyreticum belassen wurden, wobei die Tendenz vorlag, einerseits durch Bettruhe, entsprechende Diät und Anwendung von kalten oder Priessnitzschen Umschlägen die Temperatur zu erniedrigen, anderseits einen Ueberblick über den Fiebertypus zu gewinnen, um durch die Maretindosierung nach Menge und Verabreichungszeit bestimmen zu können. In den meisten der derart beobachteten Fälle ging die hohe Temperatur auf etwas geringere Höhen zurück, ohne aber ganz der normalen zu weichen. Bei diesen wurde nun das Maretin angewendet. Schwer fiebernde Kranke mit constantem Fieber bekamen von Anfang an Dosen von 0,25 Maretin dreimal täglich, solche mit steilen Kurven, deren Höhenpunkte gewöhnlich in den Abendstunden erreicht wurden, erhielten zwei bis vier Stunden vor dem zu erwartenden Anstieg 0,25 oder 0,5 Maretin, worauf zuversichtlich die hohen Temperaturgrade erniedrigt wurden, resp. der hohe Anstieg vermieden werden konnte. Durch eine streng individualisirende Behandlung konnten in den meisten Fällen, die allerschwersten Grade der Lungentuberculose ausgenommen, in wenigen Tagen ein afebriler Zustand oder wenigstens subfebrile Temperaturen erreicht werden. Der Abfall tritt langsam ein und die Angabe, dass die Erniedrigung bis zu einem halben Tage und noch länger anhalte, kann vollauf bestätigt werden. War der Patient fieberfrei, so wurde nach mehrtägiger Anwendung der gleichen Dosen der Versuch gemacht, die Einzeldosen zu verringern. Wo sich dabei wieder eine Erhöhung des Fiebers zeigte, musste man allerdings wieder die früheren Mengen geben, in vereinzelten Fällen sogar mit der Dosis steigen, wie es auch Henrich für nöthig gefunden hatte; doch muss ausdrücklich betont werden, dass eine deutlich erkennbare Gewöhnung an das Mittel in dem Sinne einer verminderten Wirksamkeit desselben nicht constatirt werden konnte. Es scheint vielmehr die Vergrößerung der Dosen durch eine manchmal vorübergehende Verschlechterung der localen Erkrankung nothwendig geworden zu sein. Bei dem schwankenden Krankheitsbilde der meisten Tuberculosefälle ist es auch erklärlich, dass in der Darreichung des Maretins bei ein und demselben Kranken bezüglich Grösse und Anzahl der Einzeldosen gewechselt werden musste. Dies gilt namentlich von den schweren Formen, von denen ein paar Fälle bis zu 4 bis 6 Monate hindurch fast constant Maretin erhielten. Bei einzelnen dieser Kranken war die Wirkung so günstig, dass durch mehrere Wochen



hindurch nur 0,1, allenfalls zweimal täglich genommen werden musste, um einen dauernd afebrilen Zustand zu bekommen. Ja es liessen sich in der Regel mit grösseren Anfangsdosen (0,25 bis 0,75 pro die) erzielte niedrige Temperaturen durch weitere Anwendung wesentlich kleinerer Dosen (0,1 bis 0,4 pro die) auf dem erreichten Niveau erhalten. Ein ungünstiger Einfluss des Medicamentes auf den Appetit wurde nicht beobachtet, was namentlich bei den leichteren Erkrankungsfällen, wo der Appetit zumeist noch nicht viel geschädigt ist, von Wichtigkeit ist. Uebelkeit oder Erbrechen nach Maretin kamen nie vor, ebenso kam es nie zu Collaps oder zu Störungen von seiten des Pulses. Was die Schweisse anbelangt, so machten wir folgende Erfahrungen: Patienten, welche vor der Darreichung von Maretin über starke Schweisse während der Nacht oder gegen Morgen zu klagen hatten, behielten diese gewöhnlich in unverändertem Maasse zumeist solange bei, bis es gelungen war, den afebrilen Zustand zu erreichen. Von da an wurden die Schweisse geringer und oft sahen wir sie ganz verschwinden, bis allenfalls wieder Zeiten mit höheren Temperaturen kamen. Kranke mit hoher Continua, aber ohne viel Schweisse, zeigten meist nach den ersten Dosen Maretin, manchmal allerdings mehr oder minder lange Zeit hindurch, eine ziemlich heftige Schweissbildung, die mit dem Herabsinken der Temperatur eintrat. Im ganzen konnte man sicher sein, dass die starke Schweisssecretion dann ein Ende nehmen würde, wenn es gelang, normale Temperaturen zu erzielen; auch wurde in einer grossen Anzahl der Fälle von vornherein mittels Eumydrins, eines hervorragenden Antihydroicums in Mengen von 1 bis 2,5 Milligrammen, die Schweissbildung gemildert. Da das Maretin ein Derivat des Phenylhydracins ist, so war der Gedanke naheliegend, dass es wie dieses die rothen Blutkörperchen schädigen und eine Methaemoglobinbildung veranlassen könne. Als wir in einer grossen Anzahl von Fällen bei längerer Anwendung von Maretin eine gelbliche Hautfarbe auftreten sahen, wurde dieser Verdacht um so mehr bestärkt. Genauere Untersuchungen, namentlich Prüfung des Urins, ergaben jedoch, dass Urobilin, resp. sein Chromogen — Urobilinogen — bei Phthisikern mit und ohne Maretinbehandlung nachgewiesen werden konnte, die rothgelb bis dunkelbraune Farbe des Urins nach Darreichung des Medicamentes jedoch infolge eines neben dem Urobilin vorhandenen, mit ihm nicht verwandten Farbstoffes auftrate, der ein Zersetzungsproduct des Maretins

zu sein und keineswegs vom Blute abzustammen scheint. Dieser Farbstoff erscheint schon einige Stunden nach Einnahme von Marenin im Urin; die endgültigen Untersuchungen darüber sind noch nicht zu Ende geführt. — Auch Gallenfarbstoff konnte im Urin niemals nachgewiesen werden. Die genannte Verfärbung der Haut tritt bei den meisten mit Marenin behandelten Patienten nach einer drei Tage bis zwei Wochen dauernden Verabreichung auf, zumeist in geringer — zuweilen in erheblicher — Intensität, die dann auch bei monatelanger Fortsetzung der gleichen Behandlung in der Regel nicht zunimmt, in wenigen Fällen aber einen höheren Grad erreichte. In drei Fällen verschwand die gelbe Färbung, nachdem wegen dauernd normaler Temperaturen das Marenin ausgesetzt wurde, in kurzer Zeit vollends. Zwei Patientinnen, von denen die eine 29,5 Marenin in 162 Einzeldosen in einem Zeitraume von drei Monaten, die zweite 43 Gramm in 176 Einzeldosen in  $4\frac{1}{2}$  Monaten erhalten hatten, zeigten während der ganzen Dauer keine Beschwerden, die dem Marenin hätten zugeschrieben werden können.

(Wiener klin. Wochenschrift 1906 No. 2.)

- **Pneumin** wandte Dr. Werner (Rummelsburg) bei 18 Fällen von T. an (Pat. meist der arbeitende Klassen angehörend) und war mit den Resultaten so zufrieden, dass er die Anwendung warm empfiehlt.

(Die Therapie der Gegenwart 1906 No. 5.)

- In einem Artikel: **Aus der Praxis** erzählt Dr. Pickardt (Berlin): „Ein Kind von  $2\frac{1}{2}$  Jahren, dessen Eltern gesund waren und sind — Grossmutter mütterlicherseits an Tbc. pulmonum gestorben —, normal geboren, theils mit Mutter-, theils mit Kuhmilch ernährt, fing allmählich an, weniger Appetit zu äussern, weniger Nahrung zu sich zu nehmen, theilnahmslos zu werden und viel zu schlafen. Neigung zur Obstipation. Objectiv kein Befund an den Organen, Urin frei von pathologischen Bestandtheilen. Ein zugezogener Kinderarzt erklärt den Zustand für nervös, verordnet Eisen, eine etwas weniger eiweissreiche Diät (Heubner'sche Schule) und Hydrotherapie. Besserung der Symptome auf wenige Wochen, allmählich Rückfall und zunehmende Abmagerung. Beginn von Durchfällen bis zu 6—8 pro Tag. Temperaturen normal. Ein 2. Kinderarzt diagnosticirt Darmkatarrh — Stuhl stets mit kleinen Mengen Schleim, nie Blut; riechend — Tenesmen —

bei dem „nervösen“ Kinde. Keine Besserung, Verschlechterung. Tannigen, Tanocol, Tannopin, Bismutsalze, Bismutose, Ichthoform nacheinander, jedes längere Zeit gegeben, ohne jede Spur von Erfolg, ebenso wenig strengste Diaet, warme Einpackungen etc. Während ich verreiste, nach Angabe eines zur Behandlung zugezogenen Kinderarztes wesentliche Verschlechterung: Abmagerung, Ascites, aufgetriebener Leib, Durchfälle bis zu 20 pro die, Temperaturen normal. Therapie: grüne Seife, Kreosot mit vorübergehendem Erfolg, den ich nach der Rückkehr von der Reise nicht mehr constatiren kann, aber — auch keinen Ascites. Weiterer Kräfteverfall; das Kind kommt bis auf 14 Pfund herunter. Der jetzt consultirte Pädriater (Prof. Henbner) erklärt den Eltern und mir, dass Exitus jeden Tag zu erwarten sei, verordnet „Diaet“ und Ferrum. Diagnose: Peritonitis tuberculosa. Am nächsten Tage, da das Kind in der That moribund erschien, die Stühle zahllos wurden, entschloss ich mich, was alle consultirten Collegen auf das entschiedenste perhorrescirt hatten, Opium zu geben und verordnete Tinct. Opii simpl., in den ersten 3 Tagen 3stündlich 3 Tropfen, später 3mal täglich und so allmählich weniger, sodass das Kind eine enorme Menge bekam, da diese Therapie 2 Monate durch fortgesetzt wurde. Erfolg: Die Stühle wurden vom nächsten Tage ab spärlicher, vom 10. Tage an fest, das Kind ass und trank, natürlich ausgesuchteste Diaet, wurde gesund und wiegt jetzt (4 Jahre alt) 34 Pfund! — Der Zweck der Veröffentlichung dieser Krankengeschichte ist der, darauf hinzuweisen, dass man sich in solcher Nothlage nicht scheuen soll, das bei Kindern „verbotene“ Opium in so grossen Mengen zu geben.“

(Die ärztliche Praxis 1906 No. 2.)

- Ueber die tuberculöse Erkrankung des Thränensacks lässt sich Prof. Dr. Th. Axenfeld (Freiburg i. B.) aus. Wenn bei Kranken mit Lupus des Gesichtes, besonders an den Nasenöffnungen und auf der Schleimhaut, oder mit T. der Lider und der Bindehaut eine Dacryocystitis auftritt, so sind wir geneigt, dies Thränenleiden für ein tuberculöses zu halten. Aber nur für die Mehrzahl der Fälle ist diese Annahme wirklich richtig. Zunächst sind ja zweifellos als tuberculös diejenigen Fälle klinisch zu diagnosticiren, wo schwammige Granulationen die Haut vor dem Thränensack durchbrechen. Für die unter dem Bilde der eitrig-katarrhalischen Dacryocystitis auftretenden

Fälle dagegen gilt das nur mit Ausnahmen. Manche derartige Thränensackeiterungen sind nicht tuberculös, sondern einfach entzündlich. Ja bei ausschliesslicher Bindehaut-tuberculose kann eine rein entzündliche Thränensack-eiterung bestehen. Wird so die rein klinische Diagnose „Thränensack-tuberculose“ etwas zu häufig gestellt bei T. der Nachbarschaft, so ist andererseits sicher nicht so selten eine einfache Dacryocystitis oder Dacryophlegmone diagnosticirt worden, wo in Wirklichkeit T. vorlag, und zwar deshalb, weil die tuberculöse Dacryocystitis als einzige zur Zeit nachweisbar tuberculöse Manifestation bei Personen vorkommen kann, welche sonst anscheinend ganz gesund sind, und weil die klinischen Symptome dieser Formen oft genug nichts besonders Charakteristisches darbieten, woran sie von der einfach entzündlichen sicher unterschieden werden könnten. Ueber die volle Bedeutung dieser Thatsache wird allerdings nur derjenige zu einem Urtheil kommen, der bei schweren Fällen von Dacryocystitis öfters die Thränensackexstirpation macht und die herausgenommenen Säcke mikroskopisch untersucht. Da Autor zu den Ophthalmologen gehört, welche eine eitrige Dacryocystitis der Exstirpation unterwerfen in allen Fällen, wo wegen totaler Stenose des Ductus oder Ectasie des Sackes die Sondencur kein Dauerresultat geben kann oder wo aus socialen Gründen die conservative Therapie nicht durchführbar ist, d. h. bei der grossen Mehrzahl der arbeitenden Bevölkerung, so hat er in grosser Menge exstirpirte Säcke untersuchen können. Er hat dabei T. gefunden, da wo er es gar nicht vermuthet hatte. Nach seinen jetzigen Erfahrungen wird er in Zukunft besonders an T. denken, wenn im Deckglaspräparat des Thränensacksecrets die bei der einfachen Form meist reichlich vorhandenen Eitererreger fehlen; andererseits ist die Anwesenheit von Eitererregern kein Gegenbeweis, da solche auf tuberculösen Schleimhäuten oft genug sich finden. In der Klinik wird auch die Tuberculininjection event. Klarheit schaffen. In gewissen Fällen hat man auch positive Anhaltspunkte; so bei jenen, die bisher als einfacher Tremor lacrimalis resp. Dacryocystitis mit Ectasie geführt zu werden pflegten. Autor führt da 2 Beobachtungen als Beispiele an: Bei einer Patientin mit doppelseitiger indolenter Thränendrüsengeschwulst entwickelte sich rechts langsam eine leichte indolente Auftreibung der Thränensackgegend. Secret liess sich sehr wenig oder gar nicht ausdrücken. Die Schwellung ver-

ging auch unter dem Finger nicht ganz, es blieb eine leichte, etwas elastische Verdickung fühlbar. Mit der Anel'schen Spritze durch das untere Thränenröhrchen eingespritzte Flüssigkeit blähte zuerst den Sack stärker auf (floss also nicht ohne weiteres ab), nach einigen Secunden aber, unter fortgesetztem Spritzendruck, kam die Flüssigkeit in glattem Strahl aus der Nase gelaufen. Es war also ein Hindernis vorhanden, welches aber doch weiterhin die Flüssigkeit durchliess. Die eigenthümliche, auch auf Druck nur theilweise verschwindende, etwas teigige Verdickung sprach für Verdickung der Wand oder Wucherungen der Schleimhaut; da fast kein Secret vorhanden war, musste darin sogar das Wesentliche bestehen. Wegen der relativ kurzen Zeit seit der Entstehung konnte eine entzündliche Polypenbildung nicht wahrscheinlich sein; es wurde deshalb an einen echten Tumor oder, mit grösserer Wahrscheinlichkeit, an Tuberculose gedacht und die Exstirpation ausgeführt. Bei der Abtrennung des Sackes vom Ductus zeigt sich, dass letzterer ganz mit Granulationen erfüllt war; auch der Sack war mit solchen erfüllt, die Vorderwand auch davon durchsetzt und infolgedessen zerreisslich. Die mikroskopische Untersuchung ergab typische Tuberculose. Heilung per primam. Aber auch hier traten später in der Hautnarbe tuberculöse Granulationen auf, die auf Exkochleation ausheilten. Die Diagnose der tuberculösen Natur der Dacryocystitis ergab dann sofort den Verdacht, dass auch die Thränendrüsenverdickungen tuberculös sein könnten, was sich nach der Herausnahme auch bestätigte. Die eben angeführte Erfahrung veranlasste Autor, auch in dem folgenden Falle, in welchem sonst kein Anhalt für Tuberculose vorlag, und der zunächst für eine einfache Dacryocystitis gehalten worden war, die klinische Diagnose „Tuberculose“ zu stellen. Es handelt sich um ein etwa 20jähriges Mädchen, welches seit einiger Zeit an Thränen des rechten Auges leidet. Rechts: Epiphora. Gegend des Thränensackes leicht verdickt, nicht geröthet. Auf Druck entleert sich nur gelegentlich etwas Secret aus den Thränenpunkten, in der Regel gar nicht. Auch verschwindet der Tumor lacrimalis auf Druck nicht ganz, man behält vielmehr unter dem Finger eine teigig-elastische Masse. Vom unteren Thränenpunkt aus lässt sich Flüssigkeit im Strahl nach der Nase durchspülen; es fällt nur auf, dass die Flüssigkeit unten relativ spät austritt, nachdem zuvor der Sack aufgeschnitten war. Ein stärkeres Hindernis für

die Durchlässigkeit besteht aber jedenfalls nicht. Beide Augäpfel sind völlig gesund. Aus diesem klinischen Befunde wurde ohne weiteres die Wahrscheinlichkeitsdiagnose: Tuberculose des Sackes gestellt. Bei der in üblicher Weise mit relativ grossem Hautschnitt vorgenommenen Exstirpation zeigte sich die Wandung des Sackes brüchig, die Umgebung infiltrirt. Die Exstirpation in toto gelang. Der dann eröffnete Sack zeigte sich mit graurothen, höckerigen Massen erfüllt, und von ebensolchen Massen war der anscheinend erweiterte Ductus nasolacrimalis erfüllt, und auch die benachbarten Siebbeinzellen sind damit angefüllt, ihre knöchernen Wandungen zum Theil usurirt. Bei der Entfernung der Granulationen zeigt sich, dass das Siebbein in grosser Ausdehnung von schwammigen Granulationen durchsetzt ist. Es wird deshalb mit dem scharfen Löffel in ausgedehnter Weise entfernt und eine grosse Verbindung nach der Nase hergestellt. Sorgfältige Ausspülung. Tamponade. — Autor hebt besonders hervor, dass auch das Thränenleiden allein als tuberculös erkennbar war: die Art des Tumor lacrimalis, die trotzdem vorhandene eigenthümliche Durchspülbarkeit. Nur solche schwammige Granulationen können einerseits den Ductus so vollständig füllen, wie die Operation zeigte, andererseits aber trotzdem Flüssigkeit doch durchlassen, wenn der Sack prall gefüllt wird. Bei einfacher Dacryocystitis mit Ectasie pflegt man eine hochgradige oder totale, undurchgängige Stenose zu finden, und wenn einmal ganz ausnahmsweise ein Ventilschluss nach der Nase besteht, der auf starken Druck schliesslich nachgiebt, so entleert sich reichlich schleimiger Eiter, und der Tumor lässt sich schliesslich grösstenteils wegrücken. Er schliesst mit den Worten; „Alles zusammengekommen haben wir also bisher noch keine genügenden klinischen Hilfsmittel, um in jedem Fall von tuberculöser Dacryocystitis die Diagnose „Tuberculose“ zu stellen, wenn dies auch nach den zuletzt mitgetheilten Beobachtungen in Zukunft öfters möglich sein dürfte. Unter diesen Umständen ist ein weiterer Grund gegeben, alle schweren, hartnäckigen Fälle von chron. Dacryocystitis, ebenso die mit Phlegmone verlaufenen, in weitem Umfange der Exstirpation zu unterwerfen. Wo die conservative Therapie nicht aussichtsvoll erscheint oder nicht recht weiterführt, soll man bald exstipiren, zumal bei etwaiger T. das Sondiren nicht unbedenklich erscheint. Auch gehen die Tuberkel sonst in das umgebende Gewebe, sodass später nochmalige Aus-

löfflung der Narbe nöthig wird. Gerade im Bereiche der Thränenwege bei ihrer Verbindung mit Nase und Rachen ist eine T. als ernsthafte Erkrankung anzusehen, weshalb ja auch die schon bisher als solche diagnosticirte granulirende perforative Form selbst von den sonst der Exstirpation des Thränensackes noch skeptisch gegenüberstehenden Autoren operirt zu werden pflegt.

(Medicin. Klinik 1906 Nr. 7.)

— Das Thema **Trauma und Gelenktuberculose** bespricht Dr. Moser (Weimar) unter Anführung einer reichen Casuistik genau und kommt schliesslich zu folgendem Resumé: Auf Grund unserer heutigen Kenntnisse über die Entstehung der Gelenktuberculosen können wir einen ursächlichen Zusammenhang mit einem Trauma mit Sicherheit niemals behaupten, wir können denselben nur mit grösserer oder geringerer Wahrscheinlichkeit annehmen und dies letztere auch nur unter Beachtung des Folgenden:

1. Der Hergang des Unfalles und der Verlauf des Leidens bis zum Erscheinen der Tuberculose muss genau bekannt sein;
2. das Trauma muss stets ein stärkeres gewesen sein;
3. die Folgen der Verletzung müssen sich sofort bemerkbar gemacht haben und nachhaltig gewesen sein;
4. dieselben können anscheinend wieder völlig zurückgehen oder bestehen bleiben bis zum Erscheinen der Tuberculose;
5. je früher die Tuberculose nach der Verletzung erscheint, desto unwahrscheinlicher ist der Zusammenhang;
6. als Mindestzeit muss zwischen beiden ein Zeitraum von 4—6 Wochen liegen;
7. Durch die Verletzung wird entweder die Grundlage zur Entwicklung der Tuberculose überhaupt im Gelenk gegeben oder — was das häufigere Vorkommnis ist — ein schon vorhandener alter ruhender Knochenherd zum Neuaufflackern gebracht;
8. eine schon bestehende manifeste Tuberculose kann in ein rasch verlaufendes acutes Stadium übergeführt werden;
9. die körperliche Gesamtconstitution ist stets mit zu berücksichtigen.

(Aerztl. Sachverständigen-Ztg. 1906 Nr. 4 u. 5.)



**Vitia cordis. Klinische Erfahrungen über Digalen ver-**

öffentlicht Dr. A. Vlach (Medicin. Klinik Prag). Es wurde das Mittel in 45 Fällen von incompensirten V., Myodegeneratio cordis und Herzschwäche, ferner von Dilatio cordis gegeben, und zwar innerlich oder subcutan, meist 2mal täglich zu je 1 cm<sup>3</sup>, wobei bei einzelnen Patienten zeitweise diese zeitweise jene Application zur Anwendung gelangte. Das Präparat leistete in manchen Fällen sehr gute Dienste. Besonders in Fällen von nicht vorgeschrittener Compensationsstörung war seine Wirkung sehr prompt. Aber in manchen schweren Fällen liess es auch im Stich; bei diesen leisteten aber meist auch andere Präparate nichts. Autor sah keine besseren Erfolge von der subcutanen Application als von der internen; die Wirkung ist bei ersterer weder intensiver, noch tritt sie rascher ein. Die subcutane Application besitzt ausserdem noch den Nachtheil, dass die Injectionsstelle sich öfters entzündet, ja dass der ganze Arm erhebliche Entzündung acquirirt, die ja in der Regel nur 2—3 Tage anhielt, aber den Pat. ungemein lästig wird. Für die subcutane Behandlung besteht nur dann eine Indication, wenn der Magen gar nichts verträgt und behält, und so auch auf Digalen mit starkem Brechreiz reagirt. In solchen Fällen greift man zur subcutanen Behandlung, die mit Digalen möglich ist, sodass dieses dann eine höchst willkommene Bereicherung unseres Arzneischatzes darstellt. In der Mehrzahl der Fälle kommt man jedoch mit der inneren Verabreichung aus, zumal Digalen vom Magen vorzüglich vertragen wird und in Wasser oder Milch recht gern genommen wird. Die Wirkung tritt nach 6—8—24 Stunden ein, und zwar zunächst meist Pulsverlangsamung, dann allmählich auch die übrigen Wirkungen. Die diuretische wurde wirksam unterstützt durch kleine Gaben (3 g pro die) von Diuretin. Manche Kranken wurden so in wenigen Tagen von umfangreichen Oedemen und Transsudaten befreit, sodass diese Combination bei incompensirten V. mit Oligurie und Oedemen warm empfohlen werden kann. Von Nebenwirkungen zeigte sich nur 2mal eine cumulative Wirkung. Diese ist also recht selten und hört nach Aussetzen des Mittels auch sehr bald in ihren Erscheinungen auf. Sonst war nie eine unangenehme Complication zu bemerken, Digalen verdient also durchaus, weiter versucht zu werden, und es besitzt besonders für den Landarzt, dem nicht immer frische Digitalispflanze zu Gebote steht, einen grossen Werth.

— Ueber eine eigenthümliche Veränderung der Zunge bei Insufficienz des Herzens berichtet Dr. M. Laub. 20jähriger Pat. hatte im Winter 1902/03 im Anschlusse an eine Angina eine schwere Endocarditis durchgemacht, die mit Hinterlassung einer Insufficienz der Mitralklappe und Stenose des linken venösen Ostium ausheilte. Am 20. III. 05 trat, vielleicht als Folge einer heftigen Gemüthserregung, plötzlich eine mit heftigen Schmerzen im Epigastrium einhergehende Tachycardie auf; dieselbe besserte sich nach entsprechender Behandlung, es blieb jedoch eine derartige Labilität des Herzens zurück, dass die geringste Erregung oder eine noch so geringe körperliche Anstrengung genügte, um das Herz aus dem Gleichgewicht zu bringen. Die chron. Insufficienz desselben exacerbirte alle 14—20 Tage anfallsweise zu einer acuten Insufficienz des Herzmuskels. Autor beobachtete nun, dass regelmässig mit dem Auftreten dieser acuten Insufficienz Veränderungen in der Zunge einhergingen, und diese wieder ihr normales Aussehen zurückgewann, sobald die Herzarbeit zur Norm zurückkehrte. Diese Veränderungen, die ganz typisch und regelmässig wiederkehrten und direct einen Indicator für den Zustand des Herzens bildeten, waren folgende: Zunge geschwollen, Schleimhaut gelockert, rissig, von zahlreichen Furchen durchzogen, mit dickem grauem Belage; am Zungenende, in geringerem Grade auch am Zungenrücken zahlreiche linsen- bis bohnen-grosse geschwürsähnliche Flecke, umgeben von einem graugelben Walle und völlig schmerzlos. Das trat also alle 14—20 Tage ein; gleichzeitig Nachlassen der Herzkraft, Dilatation des rechten Ventrikels und seines Vorhofes mit Stauung im grossen Kreislaufe. Dass die Compensation nur so kurze Zeit anhielt, darf bei den elenden Herzen, bei dem nebst einer Insufficienz der Mitralklappe und einer Stenose des linken venösen Ostiums noch eine Insufficienz der Tricuspidalklappe angenommen werden musste, nicht wundernehmen. In dem Momente der Incompensation traten die Zungenveränderungen ein. Autor bezeichnet als Ursache derselben die Schliessunfähigkeit der Dreizipfelklappe, welche eine derartige Stauung — als solche fasst Autor jene Veränderungen auf — in der Zunge sehr wohl bewirken kann. Dass eine solche bisher nie beschrieben wurde, ist räthselhaft; vielleicht werden darauf gerichtete Untersuchungen diesen Zustand als gar nicht selten erscheinen lassen.

(Gesellschaft für innere Medicin und Kinderheilkunde in Wien, 25. I. 06. — Wiener med. Wochenschrift 1906 No. 10.)

## Vermischtes.

- **Massage bei Wunden** empfiehlt Dr. C. Schmidt (Thiem'sche Heilanstalten zu Cottbus). Oft bleiben nach Operationen und Verletzungen schlecht heilende Geschwüre zurück; Granulationen sind sehr spärlich oder sehr schlecht, weil das Granulationsgewebe zu mangelhaft ernährt ist. Hier helfen weder Salben, noch Pulver, noch feuchte Verbände oder offene Wundbehandlung, und auch mit Transplantationen kommt man oft nicht zum Ziel. Besonders schlecht heilen solche geschwürigen Wunden, wenn sie unmittelbar auf dem Knochen liegen und von einer breiten Zone Narbengewebes umgeben sind. Autor hat da seit längerer Zeit systematische Massage angewendet, wie sie bereits für *Ulceræ cruris* empfohlen worden ist. Sie leistet auch bei jenen Geschwürswunden gute Dienste und bewährt sich oft auch dann, wenn alle anderen Mittel versagen. Sie wird zweckmässig in folgender Weise ausgeführt: Nach Reinigung der Geschwürsfläche und ihrer Umgebung mit Alkohol werden erst die umgebenden Narben durch langsame Streichbewegung beider Daumen gelockert. Die Bewegungen konzentrieren sich allmählich mehr und mehr nach dem Geschwür. Der Daumen wird von der Peripherie zum Geschwürsrand und dann wieder zurückgeführt. Die Streichbewegungen haben einmal den Zweck, die umliegenden Narben zu lockern, zweitens die Blutz- und -abfuhr und den Lymphstrom zu fördern. Die Narben werden unter dem Druck des Fingers blass; der Strich beginnt erst wieder, wenn sie sich mit Blut gefüllt haben. Es ist deshalb wichtig, dass man nicht zu schnell streicht. Besonders kommt es aber darauf an, dass der Epithelrand selbst überall durch leicht rotierenden Druck des Daumens massirt wird. Die wallartigen Ränder werden zusehends flacher nach mehreren Sitzungen. Das Epithel schiebt sich wieder von neuem vor. Offenbar wirkt hier vor allem auch der unmittelbare mechanische Reiz auf die Narbenbildung günstig ein. Nach Beendigung der Sitzung, welche je nach der Grösse des Geschwürs 5—10 Minuten dauert, wird die ganze Fläche mit absolutem Alkohol abgewischt und dann mit einer möglichst reizlosen Salbe (z. B. Borvaselin) verbunden. Es wird so stets gelingen, auch die hartnäckigsten geschwürigen Wunden zur Heilung zu bringen.

— **Erklärung einiger neuer Fachausdrücke**, von Generaloberarzt Dr. Schill (Dresden):

**Acidose** = Auftreten einer toxisch wirkenden Fettsäure,  $\beta$ -Oxybuttersäure im Blut und Urin, welche bei reiner Eiweisskost von Diabetikern vorkommt. Mohr, Medicinische Klinik 1905, No. 16.

Als Aequivalentvolumen des menschlichen Körpers bezeichnen F. Jamin und E. Müller das Volumen des Körpers ausschliesslich des Kopfes, bestimmt durch die in mittlerer Ausathmungsstellung verdrängte Menge Leitungswasser von 35° C und als spezifisches Aequivalentgewicht den Quotienten aus gesammtem Körpergewicht und Aequivalentvolumen. Münchener medicinische Wochenschrift 1903, S. 1455.

Mit dem Worte **Aggressine** bezeichnet Bail dieselben Stoffe, welche Kruse „Lysine“ (cf. diese) benannt hatte: die unter dem Einfluss einer Infection von den Bacterien im inficirten Körper gebildeten Stoffe, welche die normalerweise vorhandenen oder erst unter dem Einfluss der Infection activirten Schutzkräfte des Organismus lähmen. Bail, Archiv für Hygiene 1905, Bd. 52, S. 272.

**Agrammatismus** = Aneinanderreihen der Worte als Infinitive. Maas, Berliner klinische Wochenschrift 1905, No. 48.

**Akathisie**. Nach Haskovec ein Zustand, in welchem die Patienten nicht im Stande sind, längere Zeit sitzen zu bleiben, sondern unwiderstehlich gezwungen werden, sich zu erheben. Wiener medicinische Wochenschrift 1904, No. 13.

**Amikroskopisch** sind Körperchen, welche sichtbar zu machen überhaupt nicht gelingt. Vereinsbeilage der Deutschen medicinischen Wochenschrift 1904, No. 50, S. 1868.

**Amikroskopische Teilchen** cf. ultramikroskopische Teilchen.

**Amnesia verbalis** ist die Unfähigkeit, ein für die Darstellung nothwendiges Wort willkürlich hervorzubringen, während es ungesucht oft zur Verfügung steht, auch verstanden, erkannt und, wenn es den Patienten einfällt, ausgesprochen wird. Quensel, Neurologisches Centralblatt 1903, No. 23.

**Ancanthoma staphylogenes**. So bezeichnet H. Herzog das Molluscum contagiosum, welches nach seinen Untersuchungen durch Staphylokokken erzeugt wird. Virchows Archiv, Bd. 176, H. 3.



Anesthol nennt W. Meyer (New York) eine Mischung von 43,25 Theilen Chloroform, 56,75 Aether und 20,5 Aethylchlorid, dessen Siedepunkt um die Körpertemperatur herum liegt. Centralblatt für Gynaekologie 1903, No. 24.

Antityphus-Extract von Jess = Auszug aus Milz, Knochenmark und Lymphdrüsen von Thieren, welche mit Typhusbacillen vorbehandelt worden sind, wodurch Bildung von bactericiden Stoffen in den genannten Organen stattfand. Centralblatt für ärztliche Fortbildung 1905, No. 17.

Als Angina ulcerosa mit spindelförmigen Bacillen und Spirillen rät Bernheim-Karrer die fälschlicherweise „Angina Vincenti“ benannte Affection zu bezeichnen oder, wenn man den ersten Schilderer des Krankheitsbildes verewigen wolle, als „Plautsche Angina“, da Plaut vor Vincent seine Beobachtungen veröffentlichte. Deutsche medicinische Wochenschrift 1903, S. 911.

(Deutsche med. Wochenschrift 1906 No. 9.)

(Fortsetzung folgt.)

— Die Indicationen der Röntgenbehandlung bei Hauterkrankungen bespricht Privatdoc. Dr. C. Bruhns (Berlin) und gelangt zu folgendem Resumé:

1. Unsere heutigen Erfahrungen in der Röntgentherapie der Hautkrankheiten zeigen, dass wir bei einer Anzahl von Hauterkrankungen mit der Bestrahlung ausgezeichnete Erfolge dort erreichen, wo unsere bisherigen übrigen Behandlungsmethoden oft im Stich gelassen oder in viel langwierigerer Weise zum Ziele geführt haben. Diese guten Wirkungen der Röntgen-Bestrahlung sind besonders bei chronischem, trockenem Ekzem, Neurodermitis circumscripta chronica, Pruritus localis, Lichen ruber verrucosus, Favus, Sycosis parasitaria und non parasitaria, chronischer Furunculosis nuchae, Aknekeloid, Psoriasis, Hyperidrosis, multiplen Verrucae juveniles, theilweise bei malignen Geschwülsten, bei Mycosis fungoides und Rhinosklerom zu beobachten. Bei einigen anderen Hauterkrankungen (Lupus erythematodes u. a.) sehen wir manchmal, aber viel weniger regelmässig, gute Erfolge der Röntgenbehandlung.

2. Bei vorsichtiger Anwendung, unter Heranziehung der jetzt vorhandenen, zur Controlle dienenden Hilfsmittel kann man schädigende Wirkungen der Röntgenstrahlen so weit sicher vermeiden, dass diese Behandlungsmethode

auch bei relativ unbedeutenden, dafür geeigneten Hautkrankheiten wegen ihrer ausgezeichneten Wirkung sehr empfohlen werden kann.

(Berliner klin. Wochenschrift 1906 Nr. 6.)

- Ein neues Haarfärbemittel empfehlen E. Tomaszewski und E. Erdmann (vgl. Universitätspoliklinik für Hautkrankheiten und Universitätslaboratorium für angewandte Chemie in Halle). Es ist eine Mischung der Natriumsalze von *o*-Aminophenolsulfosäure und *p*-Aminodiphenylaminsulfosäure, unter dem Namen „Eugatol“ dargestellt von der Actiengesellschaft f. Anilinfabrikation in Berlin. Nachdem durch Versuche erwiesen worden war, dass dieser Stoff die Haut nicht reizt, wurden in Friseurgeschäften an 70 Personen praktische Versuche gemacht. Diese ergaben, dass Eugatol ein hygienisch einwandfreies und wirksames Haarfärbemittel ist. (Münchener med. Wochenschrift 1906 Nr. 8.)

- Valyl gegen Ohrensausen hat Dr. Knopf (Frankfurt a/M.) mit Erfolg angewandt. Er nennt Valyl auf Grund seiner Erfahrungen das beste bekannte Mittel gegen Ohrensausen (symptomatisches). Er gab dreimal täglich eine Kapsel (zu 0,125), doch kann man bis neun Kapseln steigen. Valyl scheint rasch oder gar nicht zu wirken; hat es also nicht nach längstens 8 Tagen sich bewährt, so ist weitere Ordination zwecklos. (Therap. Monatshefte 1906 Nr. 2.)

## Bücherschau.

- Die Therapie des Ekzems, erschienen als Heft 16 von Dr. Jessner's „Dermatolog. Vorträgen für Praktiker“ (Verlag von A. Stuber, Würzburg) behandelt auf ca. 100 Seiten allein dies Thema, sodass man von vornherein annehmen kann, dass diese Darstellung eine erschöpfende sein werde. In der That führt uns Jessner durch alle die verschlungenen therapeutischen Wege, die gerade beim Ekzem nicht so leicht aufzufinden sind und mancherlei Schwierigkeiten bieten, und er ist ein sicherer Führer und guter Berater, weil er praktisch erfahren ist und genau weiss, worauf es ankommt. Das kleine Heftchen (Preis: M. 1.50)

sei deshalb warm empfohlen. — Im gleichen Verlage erscheinen bekanntlich auch die „**Würzburger Abhandlungen aus dem Gesamtgebiet der prakt. Medizin**“ (Preis pro Heft 75 Pf.). Es sind jetzt 3 Hefte publicirt worden, die sämmtlich das Interesse des prakt. Arztes in hohem Grade zu erwecken geeignet sind: „**Diagnostik und Therapie der Magen-Darmerkrankungen**“ von C. Wegele, „**Ueber Schlottergelenke**“ von J. Riedinger und „**Ueber die traumatische Entstehung innerer Krankheiten**“ von H. Klatt. Alle drei bringen in knapper und klarer Darstellung den neuesten Stand der Wissenschaft und können als Wegweiser für die betreffenden Gebiete dem Praktiker schätzenswerthe Dienste leisten.

- In einer 70 Seiten starken, mit guten Illustrationen versehenen Monographie: **Technik, Wirkungen und Indicationen der Hydro-Elektrotherapie bei Anomalieen des Kreislaufes** (München, Verlag der „Aerztl. Rundschau“) gibt Dr. P. C. Franze mit kurzen, klaren Worten ein Bild des betreffenden Gegenstandes. Nach einem geschichtlichen Ueberblick bespricht er die technische Einrichtung hydro-elektrischer Bäder, geht dann auf die Balneotechnik über, widmet ein Kapitel den physiologischen Wirkungen der hydro-elektrischen Bäder und behandelt dann die therapeutischen Wirkungen und allgemeinen Indicationen der elektrischen Voll- und Vierzellenbäder bei Kreislaufstörungen; das letzte Kapitel endlich befasst sich mit den speciellen Indicationen und Contraindicationen. Auch der praktische Arzt, der sich diese Apparate nicht anschafft, muss über das Thema orientirt sein; er wird aus dem Franze'schen Buche alles Nöthige erfahren und leicht erfassen.

- Prof. Dr. A. Onodi und Prof. Dr. A. Rosenberg sind die Verfasser eines neuen Werkes: **Die Behandlung der Krankheiten der Nase und des Nasenrachens** (Berlin, O. Coblentz. Preis: M. 8,50). Was beim Durchblättern des Buches zunächst auffällt und angenehm berührt, ist die vornehme äussere Ausstattung und die zahlreichen, sehr instructiven Abbildungen. Die Lectüre des Werkes zeigt dann, dass der erste Eindruck nicht getäuscht, sondern dass man es hier mit einem wirklich guten Buche zu thun hat, welches warme Empfehlung verdient und sicher sehr bald sich grosser Beliebtheit erfreuen



dürfte. Nicht überall stehen dem Arzte Nasenspecialisten zur Verfügung, denen er die betreffenden Fälle überweisen kann; oft genug muss er selbst die Behandlung übernehmen und auch operativ eingreifen. Ein vortrefflicher Rathgeber und Führer wird ihm da das vorliegende Buch sein, dessen Autoren die Bedürfnisse des prakt. Arztes berücksichtigt haben und es verstehen, in Wort und Bild alle Details kurz und doch klar und deutlich vor Augen zu führen.

- Nachdem G. Preiswerk für Lehmann's **Medicin. Handatlanten** schon einen sehr beifällig aufgenommenen „Atlas (und Lehrbuch) der Zahnheilkunde“ geliefert, lässt er jetzt in dieser Sammlung ein neues Werk: **Lehrbuch und Atlas der zahnärztlichen Technik** erscheinen (München, J. F. Lehmann. Preis: M. 14.), ausgestattet mit 21 vielfarbigen Tafeln und 362 schwarzen und farbigen Abbildungen. Auch dieses Buch mit seinem überaus reichen und höchsten Anforderungen durchaus entsprechenden illustrativen Schmuck und seinem mit grosser Präcision und Frische geschriebenen textlichen Theil wird Zahnärzten und prakt. Aerzten, die sich auch zahntechnisch bethätigen, grosse Freude bereiten und ihnen ausserordentlich gute Dienste leisten. — Für Collegen, die mit dem Röntgen-Apparat arbeiten, sei ein Gleiches berichtet von dem im gleichen Verlage erschienenen Lehrbuch: **Die Orthodiagraphie**, von Dr. K. Francke (Preis: M. 4). Es ist keine leichte Aufgabe, richtig zu orthodiographiren; man muss sich mit diesem Gebiete theoretisch und praktisch sehr gut vertraut machen. Zu ersterem wird das vorliegende Lehrbuch in ausgezeichnete Weise zu gebrauchen sein, und wir verfehlen nicht, die betreffenden Kreise auf dies Werk aufmerksam zu machen.

---

### Mittheilung.

Der Redacteur dieses Blattes wohnt vom 1. Juli ab Friedenau-Berlin, Handjery Str. 14.

---

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Dr. E. Graetzer in Sprottau.

# Excerpta medica.

Kurze monatliche Journalauszüge

aus der gesamten Fachliteratur

zum Gebrauch für den praktischen Arzt.

Herausgegeben von *Dr. med. Eugen Graetzer in Sprottau.*

Verlag von Carl Sallmann, Leipzig.

*Juni*

*XV. Jahrgang*

*1906*

## **Anaesthesie, Narkose. Ueber Localanaesthesie mit**

**Novokain-Suprarenin** berichtet Dr. F. Liebl (Chirurg. Universitätsklinik Heidelberg). Es kam das Novokain in durch NaCl-Zusatz von 0,9% isotonischer Lösung zur Verwendung, in der Regel combinirt mit Suprarenin, und zwar in 206 Fällen. Nur in sechs Fällen (alle zur Eröffnung tieferliegender Abscesse) kam die Infiltrationsanaesthesie zur Anwendung; die schichtweise Infiltration mit  $\frac{1}{4}$ %igen Lösungen mit 3 gtt. Suprarenin auf 50 cem genügte nach kurzer Wartezeit vollständig. Alle übrigen Fälle betrafen Leitungsanaesthesien, und zwar meist an Fingern und Zehen. Diese wurden natürlich nie abgeschnürt. Die durch Suprareninzusatz von 1 gtt. pro cem bewirkte Verzögerung der Resorption verlängert die Dauer der Anaesthesie ausserordentlich, ohne dass dabei eine völlige Aufhebung der Circulation zu Stande kommt. Bei ambulatorischer Behandlung ist dies namentlich nach Operationen an den Füßen (eingewachsene Nägel, Fremdkörper in der Fusssohle) sehr wertvoll. Der erste Wundschmerz tritt in der Regel nach 3—5 Stunden auf und ist ziemlich gering. Bei Operationen im Metacarpal- resp. Metatarsalgebiet wurde genau nach Braun's Angaben verfahren, und dies mit ausgezeichnetem Erfolg. Verwendet wurde 1%ige Novokainlösung mit 1 gtt. Suprarenin pro cem, maximum 10 gtt., für Finger (2—4 cem) und Metacarpalia,  $\frac{1}{2}$ %ige Lösung (3 gtt. pro 25 cem Lösung) zur event. nöthigen Ausschaltung der subcutanen, palmaren und dorsalen Hautäste der Handnerven. Ein Bild von der all-

gemeinen Anaesthesirungsfähigkeit des Novokain geben einige Versuche, durch die sich herausstellte, dass auch  $\frac{1}{4}\%$ ige Lösungen mit 1 gtt. Suprarenin pro ccm zur Anaesthesirung des Fingers vollständig genügen; der Eintritt der Anaesthesie ist etwas verlangsamt. Umgekehrt gaben  $2\%$ ige Novokainlösungen ohne Suprarenin und ohne Abschnürung ebenfalls totale Anaesthesie, allerdings kürzer in der Dauer, für Incisionen etc. jedoch vollständig ausreichend. 62mal wurden Anaesthesien in den verschiedensten Körperregionen vorgenommen, zur Exstirpation umschriebener Neubildungen, zur Entfernung von Fremdkörpern, zur Excision von Narben und Fisteln, zur Incision, Excochleation, Thermokauterisation etc. Unter Berücksichtigung der jeweiligen Innervationsverhältnisse wurde stets versucht, mit einem, meist centralen, die Nervenzuleitung unterbrechenden „Riegel“ auszukommen. Ausgezeichnete Resultate gab ferner die Anaesthesirung der Alveolarfortsätze mit  $2\%$ igen Lösungen (1 gtt. Suprarenin auf 1 ccm): 28 Injectionen mit 45 Zahn- resp. Wurzel-extractionen. In 4 Fällen (3 Hydrocelen, 1 Castration) lernte Autor die grossen Vortheile der Leitungsanaesthesie am Samenstrang kennen. Höchst erfreulich gestaltete sich die Anwendung der Leitungsanaesthesie am Schädel incl. Stirn. Hier bedeutet die Verwendung von Novokain eine Ausdehnung der Indicationen der Localanaesthesie in der Praxis; denn was bei Cocain wegen seiner Giftigkeit ausgeschlossen ist, konnte mit Novokain gefahrlos unternommen werden: die circulaire subcutane Umspritzung des Schädels mit  $\frac{1}{4}\%$ iger Lösung; hierdurch werden alle das Schädeldach versorgenden Nerven (Nn. supraorbitales und frontales, occipitales, auriculo-temporales und event. zygomatico-temporales) ausgeschaltet, der gesammte Schädel incl. Knochen anaesthetisch. In 14 Fällen wurden mehr oder minder grosse Injectionsstreifen verwendet, bei Eingriffen bei Verletzungen, Phlegmonen, multiplen Atheromen u. s. w. Die in allen diesen Fällen erzielte Anaesthesie war eine der Cocainanaesthesie vollkommen gleichwerthige, d. h. vollständige; weder in der Intensität noch in der Dauer waren Unterschiede zu constatiren. Was die einzelnen Lösungen anbelangt, so sind die benötigten Concentrationen im allgemeinen direct proportional dem Kaliber der auszuschaltenden Nerven. Für die Nervenendigungen der Haut und die feinsten Nervenästchen genügt  $\frac{1}{4}\%$ ige, für Nerven bis zur Dicke etwa der Nn. digitalis, N. supraorbitalis etc.  $\frac{1}{2}$ — $1\%$ ige, zur Leitungsunterbrechung an

grossen Nervenstämmen, wie N. ulnaris, tibialis 2%ige Lösung. Der Werth der Suprarenincombination besteht in der noch in minimalen Dosen auftretenden Verlangsamung der Resorption durch locale Gefässcontraction geringen Grades. Das hierdurch bedingte längere Verweilen des Anaestheticums am Orte der Injection erhöht die Dauer der auftretenden Anaesthetie um das 5—10fache, ohne dass andererseits bedenkliche Circulationsstörungen zu befürchten sind. Die hierauf abzielende rationelle Dosirung des Suprarenins verdanken wir Braun. Autor giebt die Braun'schen Lösungen innerhalb des von Braun selbst eingeräumten Spielraumes wieder, wie er sie auf Grund eigener Erfahrungen für die empfehlenswerthesten hält:

Lösg.	I:	$\frac{1}{4}\%$	Novokain mit	5	ggt. Supraren.	auf 200 cem	
"	II:	$\frac{1}{2}\%$	"	5	" (1:1000)	50 "	0,9% NaCl
"	III:	1	"	5-10	"	10 "	"
"	IV:	2	"	5	"	5 "	"

Ueber die verbrauchten Flüssigkeitsmengen lassen sich keine speciellen Angaben machen. Die benötigte Menge hängt eben mit der Ausdehnung des zu umspülenden Gewebsabschnittes zusammen, ist aber keineswegs hoch. Mengen von 50 cem sind ganz selten nöthig. Ein Schutz gegen überflüssigen Verbrauch bietet eine kleine Spritze; Autor benützte stets die *Schleich'sche* Spritze (5 g). Schwierigkeiten macht die Lösungsbereitung. Autor sagt darüber:

„Zahlreiche, auf die Herstellung jederzeit gebrauchsfertiger, vollwerthiger Lösungen gerichtete Versuche müssen wir als gescheitert betrachten. Die Schwierigkeiten liegen in der, allerdings schon lange bekannten Thatsache, dass die wirksame Substanz der Nebenniere im Contact mit Luft sich rasch verändert, oxydirt. So gehen selbst die Stammlösungen 1:1000, noch viel rascher die verdünnten Lösungen bei Luftzutritt, wie es bei längerem Aufbewahren unvermeidlich ist, aus dem farblosen Zustand über ein rosenrothes dann dunkelrothes, Stadium in einen gelbbraunen Farbenton über, das borsaure Suprarenin rascher wie das salzsaure. Abgesehen von den nicht genauer bekannten chemischen Veränderungen treten auch Aenderungen in dem physiologischen Verhalten ein. Zur Warnung sei nur das eine mitgetheilt: Die Verwendung alter, gelb gewordener, aus der Fabrik steril in zugeschmolzenen Ampullen bezogener Novokain-Suprarenin-Lösungen rief ausnahmslos in ca. 15 Selbstversuchen mit en- und hypodermatischer Injection Infiltrate, z. T. mit

ausgesprochenen Entzündungserscheinungen hervor. Für die Herstellung vollwirkender, einwandfreier Lösungen bleiben unseres Erachtens nur zwei Möglichkeiten:

1. Die vorrätig gehaltenen Novokainstamlösungen werden tropfenweise unmittelbar vor dem Gebrauch mit Suprarenin versetzt. Hierzu ist unbedingt nothwendig, dass die Suprareninlösungen in dunklen, kleinen, sogen. Augentropfgläsern mit eingeschliffener Pipette aufbewahrt werden. Bei eventuellen Zweifeln an der Asepsis kann die ganze Lösung incl. Suprarenin kurz aufgekocht werden, ohne an Wirksamkeit zu verlieren, wovon wir uns mehrfach überzeugt haben.

2. Die gesammten Lösungen werden unmittelbar vor dem Gebrauch aus Tabletten hergestellt, die Novokain und festes Suprarenin enthalten. Wir haben uns ausschliesslich dieser Methode bedient und möchten sie namentlich für kleineren Betrieb dringend empfehlen\*). Der grosse Vortheil des Verfahrens besteht darin, dass die aus festem Suprarenin hergestellten frischen Lösungen ausserordentlich gleichmässig in ihrer Wirkung sind. Wir schütten die steril aus der Fabrik bezogenen Tabletten in Petrischalen, entnehmen sie nach Bedarf mit einer Pinzette und lösen sie in Fläschchen (sog. Pulvergläser) von 5, 10 und 25 ccm in 0,9%iger NaCl-Lösung, alles unter einfachen aseptischen Kautelen (Abflammen, Auskochen). Die Kochsalzlösung wird in einer Kappenflasche vorrätig gehalten. Eventuell benötigte Aenderungen des Suprareningehaltes werden durch Verdünnen mit NaCl- bzw. einfacher Novokainlösungen hergestellt. Bei grösserem Tagesbedarf können die Lösungen Morgens für den ganzen Tag hergestellt werden. Als Grenze der Verwendbarkeit von Lösungen haben wir das Uebergehen des Rosatones in tiefes Dunkelroth betrachtet.“

(Münchener med. Wochenschrift 1906 Nr. 5.)

— **Zur Anwendung des Aल्पins in der Augenheilkunde** ergreift Dr. Kauffmann (Ulm) das Wort. Ihm erscheint Aल्पin überall da am Platze zu sein, 1. wo eine Erweiterung der Pupille unerwünscht oder störend ist; 2. wo Beein-

---

\*) Dazu kommt, dass die Preise für Tabletten genau dem Substanzgehalt ohne Aufschlag entsprechen. In Verbindung mit der durch Tablettenverwendung bedingten grösseren Sparsamkeit im Gesamtverbrauch stellt sich diese Art der Lösungsbereitung sogar beträchtlich billiger wie die Verwendung getrennter Lösungen. Die Anaesthetisirung eines Fingers z. B. kostet excl. Kochsalzlösung etwa 6 Pfennige!



trächtigungen der Accomodation vermieden werden sollen; 3. wo der intraoculare Druck erhöht ist oder Drucksteigerung zu befürchten ist; 4. wo Schonung der Gewebszellen angezeigt ist und bedeutende Veränderungen oder Defecte im Hornhautepithel vorhanden sind; 5. wo eine Hyperaemie am Hornhautrand oder in der Conjunctiva nicht nachtheilig oder erwünscht ist. Nach Entfernung eines Fremdkörpers z. B. aus der Hornhaut mit Cocainisirung ist ein Arbeiter mehr oder weniger arbeitsunfähig; der binoculare Sehaect ist beeinträchtigt, Ueberanstrengung mit vermehrtem Thränenfluss tritt ein, welcher letzterer wieder häufiges Reiben und Waschen erheischt und damit neue Reizung setzt, wodurch die Wundheilung gestört und zu secundärer Infection Anlass gegeben wird. Hier ist Alypin als Ersatz sehr gut, vorausgesetzt dass der Fremdkörper durch längeres Verweilen nicht zu starke Entzündung der tieferen Theile, besonders der Iris, oder gar eine Infection verursacht hat; wo dann Cocain vorzuziehen ist, da es der Hyperaemie entgegenwirkt, und wohl auch weniger ein unangenehmes, brennendes Gefühl verursacht. In diesen Fällen ist der Verletzte aber meist auch so wie so einige Zeit arbeitsunfähig, sodass Störungen der Pupille und Accomodation nicht in Betracht kommen. Eine 2—3%ige Lösung Alypin reicht meist auch da aus, wo der Fremdkörper tief sitzt, ebenso genügt sie bei Eingriffen an der Conjunctiva, den Lidern und bei Spaltung oder Sondirung der Thränenwege; und die Anasthesie steht an Dauer und Intensität der der meisten anderen Mittel nicht nach. — Es alterirt das Alypin die Gewebszellen und speciell das Epithel der Hornhaut und Bindehaut in geringem Maasse, daher erscheint es indizirt in Fällen, wo eine Ernährungsstörung der Zellen vermieden werden soll und möglichste Schonung derselben erforderlich ist, also bei Erkrankungen, wo das Epithel schon gelitten hat, z. B. bei Herpes und Keratitis bullosa sowie bei grösseren Defecten nach Krankheit oder Trauma; ferner auch, wo von seiten des Zustandes der Augen und ihrer Umgebung eine Infection zu fürchten ist, also z. B. bei infectiöser Absonderung der Bindehaut und Thränensackeiterung. Der letzte Punkt betrifft die bei Alypingebrauch meistens auftretende, übrigens gewöhnlich nur kurz dauernde Hyperaemie; diese kann der Heilung bei Operations- oder Verletzungswunden förderlich sein und erscheint auch bei Eingriffen an randständigen Geschwüren der Hornhaut, an Prolapsen u. dergl. nicht unerwünscht.

Ist dabei eine Erweiterung der Pupille nötig, so können entsprechende Mittel ohne Bedenken nebenher gebraucht werden.

(Aerztl. Rundschau 1906 No. 9.)

— **Ein Fall von Abducenslähmung nach Lumbalanaesthesirung**

wird von Dr. C. Adam (Universitätsaugenklinik Berlin) mitgeteilt. Am 14. December erschien ein 33jähriger Mann mit der Klage über Doppelbilder, die sich seit einer Bruchoperation, die am 24. Nov. in der Kgl. chirurg. Klinik vorgenommen worden sei, geltend machten. Es war in der That unter Lumbalanaesthesirung mittels Stovain eine Herniotomie ausgeführt worden. Die Augenuntersuchung ergab linksseitige Abducenslähmung, sonst nichts Abnormes. Nervenuntersuchung negativ, auch der sonstige Befund bot keinen Anhalt für eine der bekannten Lähmungsursachen. Man musste da wirklich an einen causalen Zusammenhang mit der Lumbalanaesthesirung denken, wenn auch bisher ein derartiger Fall nicht bekannt geworden ist. Wie der Zusammenhang zu erklären ist, bleibt allerdings dunkel; vielleicht muss man an eine kleine Blutung im Kerngebiet des Abducens denken, etwa als Folge der Druckherabsetzung durch abgeflossene Spinalflüssigkeit.

(Münchener med. Wochenschrift 1906 No. 8.)

— **Ueber Narkoselähmung des N. cruralis und obturatorius**

macht Dr. S. Klempner (Berlin, Prof. Mendel's Poliklinik) eine Mittheilung. Isolierte Lähmungen der Lumbalnerven sind selten. Sie kommen vor infolge directer äusserer Verletzung, infolge von Wirbelleiden, bei Geschwülsten und anderen krankhaften Vorgängen im kleinen Becken, bei osteomalacischen Processen, im Anschlusse an Geburtsvorgänge, infolge infectiöser und toxischer Momente (Infectionskrankheiten, chronisch. Alkoholismus, Diabetes), nach Ueberanstrengung der Beine, nach Durchnässung, auf gichtischer Basis. Narkoselähmungen des N. cruralis sind bisher nur 3 beschrieben worden. Einseitige Lähmung des N. cruralis combinirt mit einer solchen des N. obturatorius ganz selten; eine solche combinirte Narkoselähmung findet sich in der Litteratur gar nicht verzeichnet. Autor publicirt nun einen derartigen Fall. 42jährige Frau wird Anfang September 1905 wegen Prolapsus uteri et vaginae operirt (vaginale Totalexstirpation von Uterus und Vagina); 3 1/2 stündige Narkose, ohne Beinstützen (Beine von Assistenten gehalten). Pat. hatte bis zur Operation nicht die geringsten Störungen



am linken Bein gehabt. Als sie einige Tage nach der Operation aus dem Bette gehoben wurde, merkte sie, dass das linke Bein „steif“ sei, und bei den ersten Gehversuchen knickte das Bein ein. Reconvalescenz nach der Operation im Uebrigen durchaus normal. Bei der Aufnahme fand sich auch sonst nichts Krankhaftes vor, abgesehen eben von der Lähmung. Erhebliche Gehstörung; Pat. kann sich nur mühsam mit Hilfe von Stöcken fortbewegen, hält dabei das linke Bein steif. Will sie es beim Gehen nach vorn bringen, so schiebt sie die linke Beckenseite vor und zieht das Bein in abducirter Stellung nach. Starke Atrophie des linken M. quadriceps und der Adductoren; fast völliger Muskelschwund. Passive Beweglichkeit sämtlicher Gelenke der unteren Extremitäten frei. Am rechten Bein nirgends Atrophien, große Kraft daselbst ungestört, Nervenstämme nicht druckempfindlich, Sensibilität intact, Reflexe normal. Hingegen ist Pat. nicht im Stande, das linke Bein von der Unterlage abzuheben, ebensowenig das im Kniegelenk gebeugte linke Bein zu strecken und das abducirte Bein zu adduciren. Auch die Aussen- und Innenrotation des linken Beines gelingt nur unvollkommen. Alle übrigen Bewegungen können mit normaler Kraft ausgeführt werden. Im auffallenden Gegensatz zu der Erheblichkeit der motorischen Störungen steht die Geringfügigkeit der Störungen auf sensiblem Gebiete. An der Innenseite des linken Oberschenkels wird Spitze und Kuppe der Nadel nicht überall deutlich unterschieden und feine Pinselberührungen werden ebenda nicht überall wahrgenommen. Stämme des linken N. cruralis und N. obturatorius ausserordentlich druckempfindlich. Linker Patellarreflex fehlt. Vorderfläche des linken Oberschenkels fühlt sich auffallend kühl an. Starke Herabsetzung der directen und indirecten faradischen und galvanischen Erregbarkeit des linken Quadriceps und der Adductoren; dabei erfolgt die galvanische Zuckung in den betroffenen Muskeln weniger prompt, als auf der gesunden Seite. — Es lag also hier zweifellos eine Lähmung des linken N. cruralis und N. obturatorius vor, und zwar eine Narkoselähmung, da bis zum Moment der Narkose nichts von Störungen zu bemerken war. Eine Verletzung der Nerven bei der Operation ist ausgeschlossen. Man muss annehmen, dass die durch die forcirte Flexion und Abduction der Oberschenkel hervorgerufene Zerrung die Läsion der Nerven herbeigeführt hat, für die durch die acute Chloroform-

intoxication eine Prädisposition geschaffen war. Man wird also bei derartigen Operationen, wenn irgend möglich, eine forcirte Flexion und Abduction der Oberschenkel vermeiden müssen. Der Zustand der Pat. besserte sich übrigens später allmählich. (Neurolog. Centralblatt 1906 No. 3.)

### **Antisepsis, Asepsis, Desinfection. Fingerfreies**

**Einfädeln** ist ebenso erwünscht, wie fingerfreies Operiren.

Finger weg! sollte auch bei der Naht die Devise sein. Es sind ja auch schon Instrumente vorhanden, welche ein fingerfreies Einfädeln ermöglichen, aber es ist eben dazu ein besonderes Instrument nöthig, das man sonst zu nichts benützen kann. Dr. J. Hertzka (Deutsch-Beneschau) hat jetzt eine Hakenpincette, die ja ohnehin unentbehrlich ist, so abgeändert, dass man sie gleichzeitig beim Nähen und Einfädeln benützen kann, wobei letzteres völlig fingerfrei geschieht. Die Abänderung besteht darin, dass bei der gewöhnlichen Pincette nahe den Enden 2 Fenster angebracht sind, innen fein gerieft, damit der Faden fester sitzt. Um einzufädeln, fasst man letzteren so, dass er quer am Fenster vorbeiläuft, und schneidet ihn gleich in der gewünschten Länge ab (man hält dabei das Instrument nahe am Ende). Es genügt ein ziemlich geringer Fingerdruck, um den Faden unverrückbar festzuhalten. Der Nadelhalter in der rechten Hand packt die Nadel (nicht zu nahe am Ohr). Nun drückt man das Ohr auf den straff im Fenster gespannten Faden. Man öffnet die Pincette hierauf, und der übrige Faden schlüpft leicht beim Fenster heraus. Fasst man Pincette und Nadelhalter kurz und stützt Daumen auf Daumen, so kann man flink einfädeln. Aus der Einfädelhaltung bringt man die Pincette am bequemsten in die Nähstellung, indem man mit dem Zeigefinger auslässt und ihn zum Daumen herüberschlägt, hierauf diesen letzteren wiederum zu den 3 anderen Fingern bringt, endlich diese dem Zeigefinger nachfolgen lässt. Das ist im Handumdrehen geschehen. Vor dem neuerlichen Einfädeln achte man darauf, dass die Pincette rein sei. Die „*Einfädelpincette*“ wird erzeugt von Dohnal & Co., Wien IX, und vom Medicin. Warenhaus, Berlin N.

(Münchener med. Wochenschrift 1906 No. 9.)

- **Ueber Jodbenzindesinfection** der Haut und Hände äussert sich Geh.-Rath Prof. Dr. Heusner (Barmen), der dieses neue Verfahren — Benutzung einer Lösung von 1 Jod zu 1000 Benzin — seit  $\frac{1}{2}$  Jahr in seinem Krankenhaus

benützt und damit sehr zufrieden ist. Ueber die Details sagt Autor: „Die praktische Ausführung der Desinfection geschieht bei uns in der Weise, dass für jeden Betheiligten eine desinficierte Porzellanschüssel mit je 200 g (circa 300 ccm) Jodbenzin aufgestellt wird. Hiermit werden die Hände ohne vorhergehende Wasserbenetzung 5 Minuten lang gebürstet, während die Haut des Pat. meist nicht mit der Bürste, sondern mit Gazelappen bearbeitet wird. Nach vollendeter Waschung wird in einer frischen Schüssel mit Jodbenzin eine letzte Abspülung und Abreibung mit Gazetupfern vorgenommen. Schliesslich werden die Hände, wie auch die Haut des Pat. im Operationsgebiet, mit 2% jodhaltiger Vaseline eingerieben. Wäscht man einen Patienten, der zu einer Bauchoperation vorbereitet werden soll, mit Benzin ab und nimmt dann die Narkose vor, so bilden sich leicht Brandblasen auf der Rückseite des Körpers, weil das hierhin zusammengefllossene Benzin nicht verdunsten kann und dann ähnliche Wirkungen hervorbringt, wie ein Zugsplaster. Man schützt die gefährdeten Stellen hiergegen, indem man sie vorher mit Vaseline einreibt. An zarten Hautstellen, wie in der Umgebung der Geschlechtsorgane, ruft schon die einmalige Einreibung mit Benzin oft starke Reizerscheinungen hervor, weshalb wir hier 50% Paraffinöl zusetzen, welches sich mit dem Benzin in jedem Verhältnisse mischt. Bei bestehendem Ekzem, Schrunden usw. empfiehlt es sich, die Haut durch vorherige Umschläge mit 1% Jodparaffin vorzubereiten, wodurch keine Reizung verursacht wird. Wohl zu beachten ist endlich, dass das Benzin, ähnlich dem Spiritus und Aether, sehr feuergefährlich ist, und dass man daher grössere Mengen nicht in Glasflaschen, die leicht zerbrechen können, aufbewahren sollte. Wir benutzen aus diesem Grunde Blechkannen mit kleinen, gut verschliessbaren Zu- und Abflussöffnungen, wie sie für Petroleum gebräuchlich sind, aus denen je 300 ccm Benzin mit Hülfe eines Messgefässes in die Waseschüsseln gegossen und nachträglich mit dem nöthigen Jodzusatz versehen werden. Einfacher ist es, das Jod direct in dem Aufbewahrungsgefässe aufzulösen; man muss dann jedoch Kannen aus Eisenblech, die inwendig mit Emaille überzogen sind, benutzen. Auch mit der Beseitigung der Benzinreste und Tupfer muss man sehr vorsichtig sein. Sie dürfen nicht in Abzüge oder in Feuerungen gegossen werden. Am besten vergräbt man sie oder lässt sie durch kundige Personen verbrennen.“

Die erzielten Erfolge waren recht befriedigende, dabei ist das Verfahren billig, einfach und zeitersparend.

(Centralblatt f. Chirurgie 1906 No. 8.)

— **Ueber die keimtödtende Wirkung eines neuen Desinficiens „Belloform“** berichtet Dr. F. Niemann (Berlin). Nach den Angaben der Theerproductenfabrik „Biebrich“ besteht Belloform aus einem Condensationsproduct von diversen hochsiedenden, cresolarmen Kohlenwasserstoffen mit Formaldehyd in Oleatsolution. Es ist eine kirschrothe Flüssigkeit von aromatischem Geruch, leicht löslich in Wasser und Alkohol. Schwache wässrige Lösungen sind durchsichtig und gelb opalisirend, die stärkeren undurchsichtig, vornehmlich bei Verwendung von stark kalkhaltigem Wasser. Belloform übt selbst in concentrirtem Zustande auf die Haut keine ätzende oder reizende Wirkung aus, es macht in wässrigen Lösungen die Haut nur weich, nicht aber schlüpfrig und laugenartig glatt. Wochenlang fortgesetzte tägliche Waschungen der Hände mit 2—3%igen Lösungen greifen die Hände in keiner Weise an. Es wurden Versuche mit 1—3%igen Lösungen gemacht, die recht günstig ausfielen und ergaben, dass Belloform den Effecten von Creolin und Lysoform nicht nachsteht, beide sogar mitunter übertrifft, dabei zu den wenig toxischen Desinfektionsmitteln gehört. Die hohe desinfectorische Wirksamkeit des Belloforms, besonders Sporenmaterial gegenüber, vereint mit dem Vorzug der Reizlosigkeit und leichten Wasserlöslichkeit, stempeln es zu einem allen Anforderungen entsprechenden Desinficiens, das für die Praxis weitere Empfehlung verdient.

(Allgem. med. Central-Ztg. 1906 No. 9.)

**Arznei-Exantheme.** Einen Fall von **Migraenin-Exanthem** demonstirte E. Hoffmann. Der 14jährige Knabe nahm zuerst Ende Juni 1904  $\frac{1}{2}$  g Migraenin gegen Kopfschmerz und bekam danach an der Unterlippenhaut und am linken Rippenrand je einen 3- bis 5-Markstück grossen rothen Fleck nach vorausgegangenem Jucken und Brennen. In ca. 10 Tagen erfolgte Rückbildung, doch blieb je ein scharf begrenzter, brauner Fleck bestehen. Mitte Januar 1904 nahm Pat. wieder Migraenin (1 g); die alten Flecken rötheten sich von neuem, und mehrere frische traten am Rumpf, Augenlidern und Extremitäten hinzu. Rückgang in gleicher Weise wie beim ersten Ausbruch. Mitte Mai zum dritten Male Einnehmen von Migraenin (1 g). Aber-



mals traten die alten Stellen wieder hervor und zahlreiche neue erythematöse Flecke (im Ganzen waren es nun 30 bis 40) hinzu. Jetzt bestehen nur noch sepiabraune, scharf begrenzte Flecke als Residuen. Es handelte sich hier um jene Form des fixen Migraenin-Exanthems, bei welcher nach jeder Dosis neben den alten neue Herde auftreten.

(Gesellschaft der Charité-Aerzte in Berlin, 8. Juni 1905. — Berl. klin. Wochenschrift 1905 No. 31.)

— **Ueber einen Fall von acutem Brom-Exanthem bei Morbus**

**Basedowii** berichtet Stabsarzt Dr. Uhlich (Hydrotherap. Anstalt der Universität Berlin). Am ersten Tage, nachdem die Pat. mit der Einnahme von Sandow's brausendem Bromsalz in der Dose von ein Glas Lösung pro die begonnen hatte, bekam sie einen Ausschlag. Sie nahm das Bromsalz noch weiter bis zu  $\frac{1}{2}$  Originalflasche in einer Woche, es traten daher auch Nachschübe auf. Der Ausschlag begann mit kleinen rothen Stippehen, die sich rasch vergrößerten, stark juckten und sich in niedrige Knötchen oder eine Art rother flacher „Quaddeln“ verwandelten. Letztere füllten sich zum Theil im Laufe des nächsten Tages in ihrem Centrum mit etwas wässriger Flüssigkeit und nahmen ein blasenartiges Aussehen an. Die ausgebogenen Ränder blieben aber derb und wallartig erhaben, von einem rothen Hofe aussen umgeben. Stellenweise confluirten diese rundlichen, bis zehnpfennigstückgrossen Gebilde. Der Ausschlag juckte dauernd stark. Das Aussehen ähnelte theilweise dem des Antipyrin-Exanthems, Mundschleimhaut und Genitalien waren aber frei, nur Handrücken, Nacken und Augenbrauen ergriffen. Pat. zeigte hochgradige Reizbarkeit der Haut; nachdem man mit einem stumpfen Gegenstand der Pat. ihren Namen auf den Rücken geschrieben, zeigte sich nach wenigen Secunden eine intensive Urticaria factitia, enorme Quaddelbildung. Kein Wunder, dass eine solche Person mit einem acuten Exanthem auch auf ein Arzneimittel schon reagierte, welches sonst gewöhnlich nicht dazu führt. Nach Streupulverbehandlung heilte der Ausschlag in  $1\frac{1}{2}$  Wochen ab, es blieben aber lebhaft rothe Flecke zurück, die später langsam abblassten und bräunliche Pigmentirungen hinterliessen.

(Berliner klin. Wochenschrift 1906 No. 15.)

**Blutungen.** In einer Arbeit **Blut und B. bei Verdauungs-krankheiten** bespricht Prof. C. A. Ewald (Berlin) auch die *Therapie der Magen- und Darmblutungen*. Von den inneren Mitteln bei *Magenblutungen* sind ja Eispillen und

eiskalte-Getränke, die Morphium- und Ergotineinspritzungen, die Ordination der Fluidextracte von Hydrast. canad. und Hamamel. virg. allbekannt. Von neueren Mitteln wären zu nennen Stypticin, Styptol, Adrenalin und Gelatine. *Stypticin* giebt man am besten in Form von Tabletten à 0,05 fünfmal täglich oder als Lösung 1:20 Aq. cinnam. 4—5mal täglich 15—20 Tropfen. Autor hat es ebenso wie das *Styptol* im Verlauf zahlreicher Magenblutungen ohne jeden erkennbaren Erfolg angewandt. Auch über *Adrenalin* kann er nichts Günstiges berichten. Er hat es sechsmal intern und subcutan angewandt, ohne einen Erfolg. Ueber *Paranephrin*, das man in der Lösung 1:1000 zu 8—20 Tropfen 4stündlich giebt, hat Autor keine Erfahrungen. *Gelatine* gab er sowohl per os in 10%iger Lösung zu 100 ccm zweimal täglich, als auch per klysma, oder auch intern mit Fruchtsaft und Eisenchlorid vermischt. Meist gingen die B. ungestört weiter; zweimal kamen sie zum Stehen, doch waren es leichte Fälle. Nur ein Verfahren kann Autor auf Grund zuverlässiger Beobachtungen warm empfehlen. Er hat jetzt acht Fälle, in denen die wiederholt im Laufe mehrerer Tage auftretenden profusen B., bei denen verschiedene der eben besprochenen Maassnahmen vergeblich angewandt waren, auf *Ausspülungen des Magens mit Eiswasser* momentan zum Stehen kamen. Die Pat. erhielten eine kleine Morphium-injection, der Rachen wurde ausgiebig cocainisirt, und nun die Magenwand durch den eingeführten Magenschlauch mit eiskaltem Wasser berieselt, wobei viel blutiger Mageninhalt entleert wird. Dabei ist darauf zu achten, dass der Schlauch zunächst nur wenig über die Cardia in den Magen vorgeschoben wird, damit er die Magenwand so wenig als möglich berührt. Erst in dem Masse, als sich der Magen mit Wasser füllt, führt man den Schlauch tiefer ein. Dann lässt man so lange Wasser einlaufen und wieder abfließen, bis es nicht mehr blutig gefärbt ist. Durch Darmeingiessungen ist dann auch für Stuhlentleerung zu sorgen. Treten Collapserscheinungen auf, so sind Kampfer-Aetherinjectionen (1:6), Klystiere von Wein mit Ei oder Pepton, heisse Umschläge auf die Extremitäten anzuordnen. Bei drohender Verblutung schreitet man zur subcutanen Kochsalzinfusion. Lässt man die auf Körpertemperatur erwärmte Kochsalzlösung (7,5:1000) durch zwei Nadeln gleichzeitig einlaufen und verreibt die einlaufende Flüssigkeit, so kann man in kurzer Zeit 1 L. infundiren. Autor bevorzugt als Einstichstelle die Regio

subclavicularis. Jedenfalls sollte man stets vorher in ver-  
zweifelte Fällen die Eiswasserwaschungen versuchen, ehe  
man zur Operation schreitet. Ueber die *Operation* bei  
Magenblutungen und den Zeitpunkt, zu welchem dieselbe  
vorgenommen werden soll, ist es ausserordentlich schwer,  
eine allgemeingültige Regel aufzustellen. Denn scheinbar  
höchst bedrohliche und mächtige B. gehen bei richtiger  
innerer Behandlung prompt zurück. Es kommt mit sin-  
kender Herzschwäche zur Thrombosirung, und es ist er-  
staunlich, wie schnell sich die Pat. wieder erholen können.  
Autor hat erst zweimal Pat. unmittelbar an einer Blutung  
zu Grunde gehen sehen. Die Resultate der Chirurgen  
sind zudem keineswegs glänzende; ist es doch oft genug  
sogar unmöglich, das blutende Gefäss aufzufinden! —  
Bei den *Darmblutungen* sind in erster Linie die *Haemorrhoidal-  
blutungen* zu nennen, die allerdings meist nicht viel bedeuten  
und durch kalte Sitzbäder, eingeschobene Eisstückchen etc.  
rasch zu beseitigen sind. Sind sie reichlicher oder hart-  
näckiger, so werden sie durch Injectionen von Tannin  
(1—2%), Alaun (1—3%), Plumb. acet. (0,2 — 0,5%),  
Arg. nitr. (0,5—1%) bekämpft. Ferner kann man Watte-  
bäusche, die mit einem Gemisch von gleichen Theilen  
Hydrast. canad. und Hamamel. virg. getränkt sind, in den  
Anus einschieben und die Fluidextracte innerlich nehmen  
lassen. Aeussere Knoten behandelt man mit folgender  
Salbe, innere mit folgenden Suppositorien:

Rp. Chrysarobin. 0,8  
Jodoform. 0,3  
Extr. Bellad. 0,6  
Vasel. 15,0  
M. f. ung. S. Mehrmals  
tägl. einzureiben.

Rp. Chrysarobin. 0,08  
Jodoform. 0,02  
Extr. Bellad. 0,01  
Butyr. Cac. 2,0  
D. tal. suppos. No. X.  
1—2mal tägl. 1 Stück  
einzuschieben.

Dies Verfahren führt bei längerer Anwendung nicht nur  
zum Versiegen der B., sondern setzt auch die Empfind-  
lichkeit herab und verkleinert die Knoten. Auch wird  
folgende Salbe gerühmt:



Rp. Hydrarg. bichlorat. 0,02  
 Acid. carbolic. 1,0  
 Lanolin. 8,0  
 Vaseline. alb. 20,0

Autor hat in letzter Zeit wiederholt mit Erfolg die *Fascol-Kapseln* angewandt, Suppositorien, die Calciumoxyd, Wismuthgallat, Resorcin, Sennesblätter etc. enthalten (Fabrik O. Hütter, Cöln). Man lässt anfangs fünf Stück pro die in Zeiträumen von 1—2 Stunden einführen. Später genügt 1—2 Stück am Abend, in leichten Fällen 1—2 Stück in der Woche einzuführen. Alles dies hilft aber nur in leichten Fällen. In schweren Fällen bringt auch die Tamponade mit Wattebäuschchen, die in Liq. ferri sesquichlorat. getaucht sind, oder mit Ferripyrin- oder Eisenchlorid- oder Jodoformgaze, nur vorübergehenden Nutzen. Am besten ist das Ausbrennen hier oder sonstige chirurgische Therapie. — Autor erinnert noch an eine oft übersehene Quelle anaemischer Zustände: die *continuirlichen B. aus hochsitzenden Haemorrhoidalknoten*. Der Pat. weiss nichts von diesem Leiden, und die subjectiven und objectiven Erscheinungen weisen nicht auf dasselbe hin. Er klagt über Nervosität, dyspeptische Beschwerden, Kopfweh, Herzklopfen, Schwindel, Schlaflosigkeit, kalte Füße etc. und wird immer blasser und elender. Der Stuhl hat normales Aussehen. Untersucht man ihn aber mikroskopisch und chemisch, so findet man Blutbeimischungen, und die rectoskopische Untersuchung des Pat. weist hochsitzende Knötchen nach. Verödung oder Verätzung derselben schafft binnen kurzer Zeit Genesung des scheinbar so schweren Krankheitsbildes. Auch bei Wurmkrankheiten kommen solche occulte B. vor, und die Abtreibung der Parasiten bringt auch hier Heilung. Bei allen anderen B. aus dem Darm müssen die oben genannten Haemostyptica angewendet, resp. der Chirurg zur Hülfe gerufen werden.

(Berliner klin. Wochenschrift 1906 No. 10.)

- **Ein Fall von essentieller Nierenblutung** wird von Privatdocent Dr. G. v. Illyés (Budapest) publicirt. 44jähr. Mann, bis dahin gesund, auch hereditär nicht belastet, bekam im Januar 1903 eine 12 Tage anhaltende Haematurie. Im Mai desselben Jahres wurde der Urin nach einer ermüdenden Arbeit wieder blutig; die Blutung blieb diesmal permanent, Pat. begann abzumagern. Am 15. Aug., also im 4. Monat der permanent anhaltenden Blutung,

wurde er ins Spital aufgenommen. Bei dem etwas anaemischen Pat., über dessen rechter Lungenspitze der Percussionsschall etwas kürzer war, und dessen Urin sehr viel Blut enthielt, konnte Autor cystoskopisch constatiren, dass die B. aus dem linken Ureter stammten. Die Ureterkatheterisation zeigte, dass die Function beider Nieren eine normale und vollkommen gleiche war. Auch die chemische und mikroskopische Untersuchung des Urins wies keine pathologischen Veränderungen nach. Am 22. August zu diagnostischen Zwecken Freilegung der linken Niere. Weder makroskopisch etwas Pathologisches wahrnehmbar, noch auch bei der mikroskopischen Untersuchung eines herausgeschnittenen Stückchens der Niere. 2 Tage Urin nach der Operation noch blutig, am 3. Tage aber rein. Seitdem ist er rein geblieben, und eine nach 3 Monaten vorgenommene Nachprüfung ergab ebenfalls normale Verhältnisse. — Die Ursache dieser B. war dunkel; es konnte sich weder um eine angioneurotische Blutung, noch um Haemophilie, noch endlich um eine occulte Nephritis handeln. Es sind aber bereits aus der Litteratur Fälle bekannt, wo weder vor noch nach der Operation irgend welche pathologische Veränderungen nachgewiesen werden konnten, die B. jedoch nach der Operation aufhörten. Autor hält bei lang anhaltenden Nierenblutungen, wo weder durch die physikalische Untersuchung, noch durch die chemische und mikroskopische Untersuchung des Gesammtharnes, noch auch durch die Untersuchung des gesondert aufgefangenen Urins Veränderungen nachgewiesen werden können, die Blosslegung resp. Incision der Niere zu diagnostischen Zwecken für unbedingt indicirt; denn einestheils können wir dadurch beginnende Tuberculose oder Nierentumoren entdecken, anderseits aber durch die Operation das für die Pat. schwerwiegendste Symptom, die B. zum Stillstand bringen. Im Allgemeinen darf man die Diagnose „essentielle Nierenblutung“ nicht als definitiv hinnehmen und nicht die Pat. trotz Stillstandes der B. als geheilt ansehen, sondern man muss immer wieder von Zeit zu Zeit Nachuntersuchungen anstellen, da sich immer noch eine Tuberculose oder ein Tumor entpuppen kann, und der günstige Zeitpunkt für eine Operation sonst versäumt wird. Auch obiger Pat. wurde nachuntersucht, aber nichts gefunden; der Fall muss also vorläufig als „essentielle Nierenblutung“ gelten.

**Bubonen.** Ueber Bubonenbehandlung lässt sich Dr. P. Richter

(Berlin) aus. Das *Ulcus molle* behandelt Autor mit feuchten Umschlägen, und zwar mit essigsaurer Thonerde 3%ig (1 Esslöffel auf  $\frac{1}{2}$  l Wasser). Noch besser sind 5%ige wässrige Resorcinlösungen, mit denen Wattestückchen befeuchtet werden. Darüber Guttaperchapapier. Erneuerung 3stündlich, wenigstens aber 3mal täglich. Beginnen die Drüsen anzuschwellen, so lässt Autor zuerst kalte, später warme Umschläge machen und 10%iges Jodvasogen oder Jothionsalbe einreiben. Das erste ist scheinbar zuverlässiger, wenn man 10 Tropfen benutzt (man achte aber darauf, dass wirklich 10%iges benutzt wird, nicht 6%iges). Tritt keine Besserung ein, so macht Autor selbst Druckverbände, die täglich oder jeden 2. Tag gewechselt werden. Sehr empfehlenswerth ist der von Kollmann angegebene Druckverband mit ungereinigter Schafwolle, den man entsprechend der Grösse der erkrankten Drüse herstellt, indem man ein entsprechend grosses Stück ungereinigter Schafwolle mit einer Mullbinde umwickelt und mit einer Spica coxae umlegt. Um das Herausrutschen des Wollballens zu verhüten, befestigt man ihn mit zwei starken Sicherheitsnadeln. Mit diesem Verband können in den meisten Fällen die Patienten ihrer Beschäftigung nachgehen, und die geschwollenen Drüsen werden resorbirt, besonders wenn man, um die Resorption zu befördern, 1—2 g Quecksilberresorbin auf Gaze geschmiert unter dem Druckverband auf die geschwollene Drüse auflegt. Nun giebt es aber Fälle, in denen trotzdem die Drüsen im Centrum erweichen. Hier besteht die beste Behandlung in frühzeitiger Punction und nachfolgender Einspritzung gewisser Flüssigkeiten. Die Punction führt Autor stets mit dem Messer aus und als Flüssigkeit benutzt er jetzt das Perhydrol Merck. Letzteres ist ein geradezu ideales Mittel für die Behandlung der nach der Incision der B. entstandenen Wundhöhlen. Man fülle nach der Incision erst mit grösseren Mengen 1—3%iger Lösungen die Wundhöhle mehrmals aus und spritze zum Schluss kleine Mengen, die sich nach der Grösse der Wundhöhle richten, von dem concentrirten Präparat in die Wundhöhle ein. Autor führt die Einspritzungen mit einer Anel'schen Spritze aus, deren stumpfe Ansätze aus Neusilber ausgekocht werden können. Die Einspritzungen sind meist sehr schmerzhaft, aber die Schmerzen hören bald auf und sind nicht zu vergleichen mit denen, über welche die Pat. bei der Tamponade und der Entfernung der Tampons

bei operirten Bubonenwunden klagen. Zum Schluss wird der beschriebene Druckverband angelegt, nachdem auf die kaum sichtbare Wunde einige Lagen sterilisirter Gaze aufgelegt sind. Nach Abnahme des Verbandes, der je nach der Menge der Secretion nach 1—3 Tagen erfolgt, sieht man zuweilen noch Sauerstoffblasen aus der Oeffnung austreten.

(Medicin. Klinik 1906 No. 8.)

- Einen **Fall von Ulcus venereum des Fingers mit Cubitaldrüsen-Bubo** beschreibt Dr. D. Amende (Poliklinik von Dr. Jöseph, Berlin). Bei extragenitalem Sitz des Ulcus ist Vereiterung der Drüsen relativ selten. In dem Abscess konnten Ducrey'sche Bacillen nachgewiesen werden.

(Dermatolog. Centralblatt 1906 No. 5.)

### **Gonorrhoe. Bemerkungen zur internen Behandlung der G.**

macht Dr. Ed. Deutsch, emerit. Assistent der Abtheilung Prof. E. Lang (Wien). Autor hat verschiedene neuere Präparate versucht und theilt die Erfahrungen darüber mit. *Arhovin* hat sich ihm gar nicht bewährt und schien auf den gonorrhoeischen Process absolut keinen Einfluss auszuüben. Anders das *Gonosan*. Bei ihm schwanden die schweren subjectiven Erscheinungen, welche das jeweilige Uriniren bei der ersten acuten G. zu einem wahren Martyrium gestalten, in der Regel schon nach 48 Stunden. Von den objectiven Symptomen war die rasche Abnahme der Secretion auffallend. Die reichliche, dick eitrige Secretion schwand in der Mehrzahl der Fälle innerhalb weniger Tage (2—4) und machte einer geringen serös-eitrigen Platz; damit trat gleichzeitig eine überraschende Aufhellung der ersten Urinportion auf. In diesem Stadium wurde in der Regel mit der localen Behandlung eingesetzt, für welche entweder eines der organischen Silbermittel oder auch Kal. hypermang. gewählt wurde. Einzelne Fälle liessen aber auch die Beendigung der Behandlung ohne locale Maassnahmen zu. In diesen schwand nach weiteren 10—14 Tagen die Secretion vollständig, Harn in beiden Portionen vollständig klar, in der ersten ein oder mehrere Schleimfäden, die sich bei der Untersuchung auf Gonokokken als frei von solchen erwiesen und im wesentlichen aus Schleim, Epithelzellen und ganz vereinzelt Leukocyten zusammengesetzt zeigten. Weitere diätetische Vorschriften unter Aussetzen der Medication brachten vollständige Heilung. Nichtsdestoweniger hält Autor das

Gonosan kaum für besonders bactericid; denn jene Fälle, bei welchen auf die blosse interne Medication hin die Secretion nicht vollständig versiegte — und sie bildeten die grosse Mehrzahl — zeigten im Secrete constant immer noch typische Gonokokkenbefunde, nur von der dritten Woche ab konnte man constatiren, dass sich mitten in der Gruppe wohlgefärbter Gonokokkenexemplare immer solche fanden, welche die Färbung schlechter annahmen, was auf ihr Absterben hinzudeuten schien. Autor ist daher nnr für combinirte innerliche und locale Behandlung in der geschilderten Weise. Eine wesentliche Abkürzung der Behandlungsdauer kommt dem Gonosan auch wohl nur auf indirectem Wege zu, aber dieser indirecte Weg hat eine hohe Bedeutung; er besteht in dem geringen Prozentsatz von Complicationen, es kommt viel seltener zur Ausbildung einer Urethritis posterior mit ihren Folgen u. s. w. Auch kommt dem Gonosan eine günstige Einwirkung auf die Reizzustände des Genitales, auf die Erectionen zu. Es leistet also Gonosan, insbesondere in der besprochenen Combination mit der Localbehandlung, ausserordentliche Dienste. Eine Combination des Gonosan mit Urotropin stellt das *Urogosan* dar; jede Kapsel enthält 0,3 g Gonosan und 0,15 g Urotropin. Das Mittel bewährte sich vortrefflich, und wurden öfters verblüffende Erfolge in wenigen Tagen erzielt. Die zunächst zu constatirende rasche Milderung des Harndranges und des schmerzhaften Tenismus und dessen schliessliche Beseitigung, die rasche Aufhellung der zweiten Urinportion sichern dem Urogosan, ganz abgesehen von dem günstigen Einfluss auf den vorderen Theil der Harnröhre, auch in der Behandlung des Urethrocystitis eine hervorragende Stellung.

(Wiener klin. Wochenschrift 1906 No. 3.)

- **Santyl** wandte Dr. H. Bottstein (Hamburg) bei 60 Fällen frischer G. an. Es bewährte sich recht gut, und zwar gerade bei stürmischem Verlauf und heftigen Entzündungserscheinungen. Gute Erfolge wurden auch bei Gonorrhoea posterior erzielt.

(Medicinische Klinik 1906 No. 11.)

- **Einen Beitrag zur persönlichen Prophylaxe gegen die G.** liefert C. Cronquist (Norköpping). Er empfiehlt bei Körperwärme schmelzende, Albargin zu 2% enthaltende Stäbchen, die 1—2 Jahre unverändert sich halten. Die graulichen, elastischen und biegsamen Stäbchen sind 3—4 mm dick, 5 cm lang, an einem Ende etwas zuge-

spitzt. Sie kommen zu 10 Stück in einer Schachtel unter dem Namen „*Antigon*“ in den Handel (Apotheke „Kronan“, Norköpping i. Schweden. Preis pro Schachtel Kr. 1,25). Nach dem Coitus schiebt man ein Stäbchen ein und legt vor die Mündung der Urethra ein Wattebäuschen. Bei Beschnittenen oder Leuten mit kurzer Vorhaut wird ein Gazeläppchen durch eine dünne Kautschukschnur befestigt, um ein Herausgleiten zu verhindern. Die Stäbchen wirken wie eine frisch zubereitete 2%ige Lösung von Albargin auf die Schleimhaut ein.

(Medicinische Klinik 1906 No. 10.)

— **Verhaltensmaassregeln bei acuter G.** giebt H. Schädel (Poliklinik für Haut- und Harnleiden in Leipzig). Es wird dort jetzt ausschliesslich *Gonosan* benutzt, und zwar mit ausgezeichnetem Erfolge. Die Pat. erhalten ausserdem folgende Vorsichtsmaassregeln gedruckt (bei Anton Bertinetti, Berlin) mit:

Der Tripper ist eine ernste Erkrankung und wegen seiner verschiedenen Folgeerkrankungen nicht leicht zu nehmen. Diese lassen sich vermeiden, wenn der Tripper sachgemäss und dem Zustand eines jeden angepasst behandelt wird; geschieht dies, dann ist der Tripper heilbar.

Allgemeine Verhaltensmaassregeln: Peinliche Sauberkeit und Vermeiden jeder Berührung mit dem Eiter, denn ins Auge gebracht, ruft der Trippereiter schwere Entzündung hervor. Verboten sind: a) sämtliche alkoholischen Getränke, also Bier, Wein, Schnaps, Liqueure, brausende, kohlenensäurehaltige Getränke, wie Soda- und Selterswasser. Das viele Trinken von Flüssigkeiten hat, wenn nicht anders verordnet, zu unterbleiben; b) scharfe Gewürze und scharf gewürzte Speisen (Gulasch, Paprikaschnitzel, Senf- und Pfeffergurken, Senf, Rettig, Meerrettig, Spargel, Sellerie, Zwiebel, Schnittlauch etc.). Nicht spät essen! Verboten sind ferner: c) alle körperlichen Anstrengungen, besonders solche erschütternder Art, wie Reiten, Springen, Tanzen, Turnen, Velocipedfahren und vieles Wagenfahren; auch Treppen- und Bergsteigen, Heben schwerer Lasten. Als Getränke empfohlen: Milch, wenig Rothwein, mit Wasser (nicht Selter) gemischt, Brunnenwasser, Fruchtsaftlimonaden (ausser Citronen), Thee und Kaffee nur reichlich mit Milch verdünnt, Lindenblüthentheee.

Besondere Verhaltensmaassregeln. Täglich ein straff und gut sitzendes Suspensorium tragen. Oeffters,

wenn möglich, einen Abend um den andern, ein Sitzbad von 32—36° C. 15 Minuten lang! Ist ein öfteres Sitzbad nicht möglich, so ist das Glied täglich früh morgens mit warmem Wasser zu reinigen. Drei- bis viermal täglich zwei Kapseln Gonosan während, d. i. zwischen dem Essen nehmen, und zwar morgens zum Kaffee, zum Frühstück, zu Mittag und Abend je zwei Kapseln, falls dreimal verordnet nur zum Frühstück, Mittag und Abendbrot zwei Kapseln. Von der verordneten Flüssigkeit wird eine  $\frac{3}{4}$  Spitze voll langsam und vorsichtig in die Harnröhre eingespritzt. Vor der Einspritzung muss urinirt werden, damit der kokkenhaltige Eiter nicht in den gesunden Theil der Harnröhre getrieben wird; die Flüssigkeit wird je nach Verordnung 4 bis 10 Minuten in der Harnröhre durch Zudrücken der Eichel darin gelassen und, wenn möglich, in der nächsten Stunde nicht urinirt. Jede auffallende Veränderung, jeder an irgend welcher Stelle auftretende Schmerz ist dem Arzte zu melden. Bevor man zur Sprechstunde geht, suche man den Urin etwa fünf Stunden zu halten. Geschlechtliche Aufregungen sind verboten. Wer wissentlich oder fahrlässig einen Menschen in seiner Gesundheit schädigt (hier durch Ansteckung im geschlechtlichen Verkehr) macht sich im Sinne des Gesetzes strafbar und handelt unmoralisch.

(Deutsche med. Wochenschrift 1906 No. 10.)

- **Ein neuer Wäscheschutz bei G.** wird von Dr. C. Philip (Hamburg) empfohlen. Ein viereckiger Schurz aus Frotting wird, an einem Leibgurt mit 3 Knöpfen befestigt, umgehängt. Der Schurz legt sich zwischen Penis und Hemd und saugt den Eiter auf; er lässt dabei das Glied in seiner natürlichen Lage, behindert den Sekretabfluss in keiner Weise und wird beim Urinlassen wie das Hemd bei Seite geschoben. Schmutzig geworden, wird er vom Gurt abgeknöpft, gewaschen oder durch einen anderen Schurz ersetzt. Gurt und Schurz zusammen nennt Autor den „grossen Servator“. Wo ein Suspensorium getragen wird, genügt ein kleinerer, billigerer Schurz ohne Gurt. Derselbe kann vermittle der beiden Schlaufen an jedes Suspensorium gehängt werden. Seine untere Hälfte ist zu einer Tasche umgelegt, in die bei profuser Eiterung etwas Gaze oder Watte gethan und dann das Glied hineingesteckt wird. Auch dieser „kleine Servator“ ist leicht abzunehmen und zu waschen, auch er belässt den Penis in seiner natürlichen Lage und hindert nicht beim Uriniren.



Die Bequemlichkeit und die Ersparniss an Wäsche rechtefertigen bei dem geringen Preis auch die Anwendung in der Kassenpraxis. Der Servator wird hergestellt von der Firma Gebrüder Bandekow, Berlin SW. 61.

(Münchener med. Wochenschrift 1906 No. 13.)

## **Magen- und Darmkatarrhe.** In einem Aufsatz:

„Zur Therapie des chron. Darmkatarrhs“ theilt Dr. Th. Rosenbaum (Berlin) mit, dass er bei diesem Leiden mit *Fomitin*, dem aus dem Fomes (Baumschwamm) hergestellten Fluidextract, sehr gute Erfolge erzielt hat. Er zieht aus seinen Erfahrungen folgende Schlüsse:

1. Das Fomitin ist sowohl bei Darmtuberculose in nicht zu weit vorgeschrittenem Stadium indicirt, als auch bei chron. Darmkatarrhen anderen Ursprungs.

2. Das Fomitin hat ganz und gar nichts gemein mit den sonst bei Darmkatarrh gebräuchlichen Mitteln. Es wirkt weder darmlähmend, noch adstringirend. Seine Wirkung ist vielmehr eine circulatorische, indem es die Fluxion nach dem Pfortadergebiet steigert und so eine bessere Durchblutung der Darmwandungen herbeiführt.

3. Entsprechend dieser Wirkungsweise schafft das Fomitin auch nur eine langsame und allmählich fortschreitende Besserung, derart, dass meist eine mehrwöchentliche Cur nothwendig ist, um die Darmfunction wieder zur Norm zu bringen. Ist aber einmal dieser Zustand erreicht, so pflegt er auch von Dauer zu sein. Ein weiterer Gebrauch des Mittels ist dann nicht mehr erforderlich.

Contraindicationen sind Ulcus ventriculi und frische peritoneale Entzündungen, insbesondere Adnexentzündungen, während peritonitische Reizungen leichten Grades meist günstig durch das Präparat beeinflusst werden. Bei fortgesetztem Fomitiningebrauch beobachtete Autor bisweilen leichte abdominelle Congestionsstörungen, insbesondere Druckbeschwerden der Blasengegend, die aber nach 1 bis 2 tägigem Aussetzen des Mittels stets wieder schwanden. — Als Ordination empfiehlt Autor bei Personen über 12 Jahren 4mal täglich 1 Esslöffel  $\frac{1}{2}$  Stunde vor dem Essen, bei Kindern von 6—12 Jahren 4mal täglich 1 Kinderlöffel, bei kleineren entsprechend weniger.

(Medicin. Klinik 1906 No. 5.)

— **Alte Recepte von C. Gerhardt** publicirt ein College. Derselbe wurde vor einiger Zeit von einer älteren Dame wegen Magenbeschwerden befragt, die offenbar auf einem

mässigen Magenkatarrh und nervöser Disposition beruhten. Pat. erzählte nun, sie hätte dieselben Beschwerden vor dreizehn Jahren gehabt und habe deshalb alle 3—4 Wochen Gerhardt aufgesucht; derselbe habe ihr jedesmal neben diaetischen Ratschlägen ein Medicament verordnet, welches immer ausgezeichnet gewirkt habe. Nach dem Magenkatarrh sei sie noch eine Zeit lang sehr bleich gewesen, etwa 1 Jahr später hatte sie „Darmkatarrh“ bekommen, aber alles wäre geheilt worden und die Heilung habe 12 Jahre Bestand gehabt. Pat. gab eine Reihe vergilbter Recepte zur Ansicht; dieselben enthielten ja nichts Neues und Besonderes, zeigten aber, wie der Meister mit kleinen Gaben einfacher Mittel schöne Wirkungen erzielte. Die Recepte lauteten:

Rp. Bismuth subnitr. 3,0  
 Pulv. rad. rhei 1,0  
 Extr. Bellad. 0,1  
 Extr. millefolii q. 5  
 ut f. pill. No. 60 Consp.  
 D. S. 3mal täglich 2 Stück zu nehmen.

Rp. Argent. nitr. 0,1  
 Aq. dest. 150,0  
 Syr. sacch. 15,0  
 S. 2mal täglich 1 Esslöffel zu nehmen.

Rp. Bismuth subnitr.  
 Natr. bicarb.  
 Sacch. alb. aa 6,0  
 Myrrh. pulv. 2,0  
 M. f. pulv.  
 D. S. 3mal täglich 1 Messerspitze voll.

Rp. Natr. bromat. 6,0  
 Aq. dest. 150,0  
 Laudan. liq. 0,75  
 Syr. sacch. 15,0  
 M. D. S. Früh 1 Esslöffel.

Rp. Tct. valerian. 15,0  
 Tct. castor. canad. 5,0  
 M. D. S. Früh 15 Tropfen zu nehmen.

Rp. Liq. ferri sesquich. 5,0  
 Tct. valer. 10,0  
 M. D. S. 3mal tgl. 12 Tropfen zu nehmen.

Rp. Tannin 2,5

Opii 0,1

Sacch. 2,5

M. f. pulv. Divid. in part. aeq. No. X.

S. Bei Bedarf 1—3mal täglich 1 Stück.

Rp. Ung. bellad. 5,0

Ung. Kal. jod. 15,0

M. f. ung.

Rp. Acid. hydrobrom. 15,0

D. S. 3mal täglich 3 Tropfen.

Rp. Bismuth. subnitr. 3,0

Extr. Bellad. 0,2

Extr. Gent. q. s. ut f. pill. Nr. 60

D. S. 3mal tägl. 2 Pill. 2 Std. nach d. Essen.

Rp. Vin. Pepsin. 200,0

D. S. 3mal tägl. 1 Esslöffel.

Diaetvorschriften wurden mündlich gegeben. Nur beim Magenkatarrh erhielt Pat. ein Blatt mit folgenden Zeilen:

*Diaetzettel:*

I. Milch, Thee oder Cacao mit Semmel oder Zwieback.

II. Fleischbrühe, weiches Ei, rohes Rindfleisch, rohen Schinken (ohne Fett und Sehnen). gebratenes Hühner-, Tauben-, Kalbfleisch, Wild, Kalbsmilch, Hecht, Forelle, Sol (ohne Fett und Säuren), Kaviar, Austern. Dazu wenig: weisses Brod, Kartoffelbrei, Spargel, Schwarzwurzeln, Erdkohlraben. Allenfalls: Apfelbrei, Blumenkohl, Spinat, Reis.

III. Suppe, weiches Ei, kaltes weisses Fleisch, Wild. Getränke: Wasser, Rothwein, französ. Weisswein.

(Die Therapie der Gegenwart März 1906.)

**Nephritis.** Ueber die praktische Ausführung der kochsalzarmen Ernährung lässt sich Dr. H. Tischler (Poliklinik von Prof. Strauss, Berlin) aus. Bekanntlich hat H. Strauss zuerst die Aufmerksamkeit auf die diaetetische Bedeutung der Kochsalzfrage bei der Behandlung der N. gelenkt und die Forderung gestellt, dass man bei gewissen Formen der N., so insbesondere bei chronisch parenchymatöser N. und in gewissen Stadien der Krankheit, d. h.

beim Vorhandensein oder Drohen von hydropischen Ergüssen, die Salzzufuhr einschränken und die Salzausfuhr künstlich steigern soll. Es ist, speciell für die nephrogenen Hydropsien, jetzt diese Forderung fast allgemein anerkannt, weshalb die Technik der kochsalzarmen Ernährung hohe praktische Bedeutung gewonnen hat. Fest steht bereits, dass der Mensch für die Dauer ohne Schädigung seiner Gesundheit mit nur geringen Mengen von Kochsalz auskommen kann. Strauss hat nun schon früher auf die Kochsalzarmuth der Milch, des Reis, der Eier und der ungesalzenen Butter hingewiesen, sowie auf die des unzubereiteten Fleisches. Tischler hat nun genauere Berechnungen angestellt. Bei diesen Untersuchungen ergab sich als Kochsalzgehalt der *Rohsubstanz* ein Kochsalzgehalt von 0,1 Proz. und weniger bei Fleisch, Hecht, Gelbei (0,02 Proc.), ungesalzener Butter, Kufekes und Rademanns Kindermehl, bei den verschiedenen Getreidesorten und rohen Gemüsearten — von letzteren haben einen etwas höheren Kochsalzgehalt Linsen, Sellerie, Spinat und Kopfsalat — ferner bei Reismehl, Buchweizengries, Kartoffeln, Pilzen, Obst (welch letzteres nur ausnahmsweise einen höheren Kochsalzgehalt als 0,05 Proc. zeigte).

Kochsalzgehalt von 0,1—0,2 Proc.

Während Ei als Ganzes einen Kochsalzgehalt von 0,14 Proz. besitzt, Milch einen solchen von 0,15—0,175 Proc. und ungesalzener Stockfisch von 0,19 Proc. zeigt, fand sich

1—3 Proc. Kochsalz

bei fast sämmtlichen Käsesorten.

Von Rohmaterialien

mit mehr als 2,5 Proc. Kochsalz

nennt Autor:

rohen Schinken 4,15—5,86 Proc.,

gekochten Schinken 1,85—5,35 Proc.,

Schlackwurst 2,77 Proc.,

gesalzenen Hering 14,47 Proc., Lachs 10,87 Proc.,

gesalzene Sardellen 20,59 Proc.; beim Kaviar schwankt der Kochsalzgehalt zwischen 6 und 20 Proc.

Von den tischfertigen Speisen interessiren zunächst die Brotsorten, Bouillon, Suppe, Fleisch und Gemüse.

Für Zwieback zeigte sich ein Kochsalzgehalt von 0,38 Proc.,

für Weissbrot von 0,48—0,7 Proc.,

für Schwarzbrot ein solcher von 0,75 Proc.

Die verschiedenen Bouillonsorten zeigten einen Kochsalzgehalt von 0,55—1,0 Proc.,

die Suppen von 0,34—0,9 Proc.,

die Saucen von 0,7—1,5 Proc.,

Kartoffelbrei enthielt 0,9—1,40 Proc.

Der Kochsalzgehalt der für eine Person berechneten Fleischmenge schwankte für das tischfertige Gericht zwischen 2—3 g, erreichte aber bei gekochtem Fisch bis 4 g.

Von Eierspeisen enthielt Rührei in dem für eine Person berechneten Quantum 2,4 g, Setzei 0,5 g und Eierkuchen 2,7 g Kochsalz.

Von Gemüsen enthielten weniger als 1 g Kochsalz in der für eine Person berechneten Menge: Blumenkohl, grüner Salat, Morcheln und Champignons;

1—1,5 g Kochsalz war in Gurkensalat und Tomatensalat vorhanden;

3—3,5 g Kochsalz enthielten Spinat, Spargel, Kohlrabi und saure Linsen.

Nach den Ergebnissen dieser Zusammenstellung zeichnen sich also Milch, Eier, Pilze, Obst, Beerenfrüchte, Gemüse und Mehlarten durch einen sehr geringen Kochsalzgehalt aus. Das Fleisch, das an sich sehr kochsalzarm ist, erhält durch die Zubereitung in der Regel einen ziemlich hohen Kochsalzgehalt, und es ist hier Sache der Küche, da, wo Fleisch angewandt wird, für eine möglichst kochsalzarme Zubereitung zu sorgen. Dasselbe gilt auch für das Brot, dessen Kochsalzgehalt bei der gewöhnlichen Zubereitung keineswegs belanglos ist. Darum verdient hier Zwieback vor Schwarzbrot den Vorzug; doch ist auch hier der Kochsalzgehalt nicht ganz gering. Infolgedessen hat Prof. Strauss bei Rademann ein Brot ohne Kochsalzzusatz herstellen lassen, dessen Kochsalzgehalt nur 0,01 bis 0,02 Proc. beträgt, und das, namentlich mit Butter genossen, nicht schlecht schmeckt. Von Eiern zeigen Setzeier im Vergleich mit den in anderer Form zubereiteten den niedrigsten Kochsalzgehalt. Von Gemüsen bleiben Blumenkohl und Pilze noch relativ salzarm nach der Zubereitung. Wenn man bedenkt, das Bouillon in einer Menge von 250—300 ccm mehr als 1½ g Kochsalz enthält, so sollte, was auch aus anderen Gründen (Extractiv-

stoffe!) zweckmässig erscheint, die Bouillon ausgiebig durch Obst-, Milch- und Mehlsuppen ersetzt werden. Auch die Butter sollte stets nur in ungesalzenem Zustande gereicht werden. Ferner ist ohne weiteres klar, dass bei der von Strauss in die Therapie der Nierenerkrankungen eingeführten Chlorentziehungskur von Mineralwässern nur solche in Frage kommen, welche besonders arm an Kochsalz sind, so z. B. Gleichenberg (Klausenquelle) mit 0,00025 g Kochsalz in 1 l, Wildungen (Georg-Viktorquelle) mit 0,007 g, Giesshübel mit 0,021 g, Neuenahr mit 0,102 g.

(Therap. Monatshefte, April 1906.)

- **Ueber uraemische Neuritis** äussert sich Dr. R. Dunger (Stadtkrankenhaus Dresden-Johannstadt) im Anschluss an einen beobachteten Fall. Es handelte sich um eine schwere acute haemorrhagische N., die bei einem bis dahin gesunden, kräftigen Manne plötzlich einsetzte und in kurzer Zeit unter hohem Fieber und ziemlich ausgedehnten Oedemen zu einem leicht uraemischen Krankheitsbilde (Kopfschmerzen, Unruhe, Schlaflosigkeit, sehr geringe Harnmenge) führte. Während nun dieser schwere Zustand sich langsam besserte, traten äusserst heftige reissende Schmerzen im linken Arm auf; die Nervenstämmen wurden ausserordentlich druckempfindlich, und es entwickelte sich eine Parese der gesamten linksseitigen Armmusculatur, besonders der von N. medianus versorgten Muskeln. Gleichzeitig blieb, während die Oedeme am übrigen Körper, auch im Gesicht, zurückgingen, der linke Unterarm noch oedematös. Im weiteren Verlaufe traten Paraesthesien in der Hohlhand auf; dagegen verschwanden die Schmerzen und die Druckempfindlichkeit der Nervenstämmen; die Muskelparesen besserten sich; alle Störungen gingen zurück bis auf das Medianusgebiet, in welchem sich nun die weiteren Erscheinungen localisirten. Die anfangs diffusen Paraesthesien beschränkten sich in sehr auffälliger Weise ausschliesslich auf das Medianusgebiet an der Hohlhand; die Medianusmusculatur blieb leicht paretisch, wiederum besonders auffällig in dem Verhalten der beiden Portionen des M. flexor digit. prof., von dem die ulnare dem Ulnaris, die radiale dem Medianus angehört; endlich entwickelte sich noch eine mässige Atrophie des Daumenballens. — Dass es sich hier um eine echte Neuritis handelte, ist zweifellos; der ganze Verlauf, der acute Beginn, die heftigen exacerbirenden Schmerzen im Verlauf der Nervenstämmen und deren Druckempfindlichkeit, die Paresen und Muskelatrophien und besonders die scharf

an das Medianusgebiet gebundenen Paraesthesien lassen keine andere Deutung zu. Ungewöhnlich ist nur die Aetiologie. Andere Ursachen waren auszuschliessen, als aetiologischer Factor kam nur die N. resp. der leicht uraemische Zustand in Betracht. N. wird aber nirgends als Ursache einer Neuritis erwähnt. Die Grundlage einer solchen nephritischen Neuritis hätten wir zu suchen in der veränderten Blutzusammensetzung, der Ueberladung des Blutes mit harnfähigen Substanzen und sonstigen Producten des intermediären Stoffwechsels. Dass diese Giftstoffe auf das Nervensystem in der schwersten Weise schädigend einwirken, sehen wir an dem Bilde der typisch ausgeprägten Uraemie mit der starken Betheiligung des Centralnervensystems (Krämpfe, Hemi- und Monoplegien, Hemianopsie, Aphasie). Auch die bei N. so häufige Erkrankung der Retina, die ja ebenfalls aus nervösen Elementen besteht, sei erwähnt. Eine weitere Anomalie bildet das besonders bei chronisch Uraemischen häufige Hautjucken, das auf einer Reizung der sensiblen Nervenendigungen durch das veränderte Blut beruht. Eigenthümlich war bei obigem Falle noch die Anschwellung des linken Unterarmes. Sie betraf die gleiche Extremität wie die Neuritis und hielt sich noch einige Zeit, nachdem alle anderen Oedeme verschwunden waren. Ein Zusammenhang mit der Neuritis ist wohl sicher; findet sich doch bei Neuritis nicht ganz selten ein Oedem der Haut über dem Gebiet des erkrankten Nerven. Zusammen mit der Nervenerkrankung mag hier noch die Neigung zu Oedemen gewirkt haben, wie sie bei N. besteht. Endlich noch ein erwähnenswerther Umstand. Pat. war Schlosser, beiweil chem Berufe die sogen. professionellen Paresen (Beschäftigungsneuritiden) häufig sind und mit Vorliebe das Gebiet des Medianus betreffen. Vielleicht hat hier der Beruf eine gewisse Disposition für die Erkrankung, welche dann durch die N. hervorgerufen wurde, geschaffen. Ob die nephritische Neuritis wirklich so selten ist, mag dahingestellt bleiben; vielleicht wird noch öfter in Fällen, wo Nephritiker über reissende Schmerzen, Taubheitsgefühl und ähnliche Beschwerden klagen, eine genaue Untersuchung Druckempfindlichkeit der Nervenstämme, Paresen leichte Atrophien etc. ergeben und damit den neuritischen Charakter solcher Erscheinungen feststellen.



## **Neuralgien. Zur Behandlung hartnäckiger Ischiasfälle**

mit **perineuraler Injection** äussert sich Prof. Dr. Umber (Altona). Lange (Leipzig) hat im Jahre 1904 eine von ihm erfolgreich in Anwendung gebrachte Modification Schleich'scher Infiltrationsanaesthesie zur Behandlung solcher Ischiasfälle empfohlen, die der gebräuchlichen Therapie hartnäckigen Widerstand entgegensetzen. Er empfahl die Injection in der Weise auszuführen, dass zunächst — unter allen Cautelen der Asepsis — über der Austrittsstelle des N. ischiadicus am Foramen ischiadicum in der Haut eine Quaddel nach Schleich gesetzt wird und dann mit einer Injectionsspritze (etwa 10 cm lange Nadel!) unter gleichzeitigem Ausspritzen der Injectionsflüssigkeit direct auf den N. ischiadicus eingegangen wird. Trifft die Nadelspitze den — hier etwa  $1\frac{1}{4}$  cm breiten — Nervenstrang, so zuckt das Bein wie vom elektrischen Schlag getroffen zusammen, woran man leicht erkennt, dass man richtig eingegangen ist. Dann wird die Injectionsflüssigkeit — eine 1‰ige Eucaïnlösung mit Zusatz von 8‰ NaCl — steril in Mengen von 70—100 ccm ziemlich schnell perineural injicirt. Umber hat nun diese Methode seither angewandt und auffallend gute Erfolge erzielt. Es wurden so 14 chronische, vergeblich behandelte Ischiasfälle behandelt, 10 davon genau nach der Vorschrift von Lange, mit dem Erfolge, dass von diesen zehn 9 Pat. wenige Tage nach der ersten event. nach einer wiederholten Injection dauernd geheilt waren. In einem Fall trat nachher eine Peroneusparese längere Zeit nach der wirksamen Injection auf, ob post oder propter hoc bleibe dahin gestellt. Selten blieb nach der ersten Injection eine Empfindlichkeit im Peroneusgebiet, die dann event. durch eine kleinere (30 ccm) Injection in den Peroneus beseitigt werden konnte. Abgesehen von flüchtigen Temperatursteigerungen nach der Injection, die sogar 39,4 bei garantirter Asepsis erreichen können, wurde nie eine unangenehme Nebenwirkung constatirt, wohl aber stets prompter therapeutischer Effect. Es ist oft erstaunlich zu sehen, wie die Kranken, mit grossen Schmerzen und des Gehens völlig unfähig, nach wochenlangen vergeblich behandelten Beschwerden eingeliefert, am nächsten Tag nach der Injection schmerzfrei umhergehen! Nun hat Umber die Erfahrung gemacht, dass *die Injection ebenso wirksam ist, wenn man einfach eine physiol. Kochsalzlösung bei der gleichen Technik injicirt*, besonders wenn man die Injectionsmenge reichlich bemisst (100—170 ccm in den Ischiadicusstamm!) In

vier derartig behandelten hartnäckigen und veralteten Fällen wurde jedesmal nach einer einzigen Injection nach zweimal 24 Stunden völlige Schmerzf়reiheit erzielt. Auch hierbei können Temperaturerhöhungen nach der Injection auftreten. In Anbetracht dessen, dass man einmal einer Eucain-Idiosynkrasie begegnen kann, möchte Autor die reichliche Infiltration mit physiol. Kochsalzlösung warm empfehlen.

(Die Therapie der Gegenwart, April 1906.)

— **Ueber Injectionstherapie bei Neuralgien** spricht Privatdoc.

Dr. P. Krause. Seit längerer Zeit werden Antipyrin, Methylenblau, Cocain, Alkohol, Aether, Wasser, Kochsalzlösung, Carbolsäure, Osmiumsäure bei N. zur Einspritzung in den Nerven verwendet, und zwar in kleiner Menge (1—2 ccm). Man will den Nerv tödten oder wenigstens für längere Zeit betäuben. Damit ist ausgesprochen, dass diese Methode bei gemischten Nerven principiell zu verwerfen ist, da sie recht erhebliche Schädigungen bewirken kann. In eine neue Phase kann die Injectionstherapie durch Einführung der Schleich'schen Infiltrationsmethode, doch hat diese bei N. keine grosse Verbreitung gefunden. Lange modificirte dann aber diese Methode und wandte statt des Cocains das  $\beta$ -Eucain an; eine 1 prom. Eucainlösung wurde in 8 prom. NaCl-Lösung aufgelöst, sterilisirt, dann davon 100—150 ccm in und um den N. ischiadicus injicirt. Dieses Verfahren wurde mehrfach gelobt, und auch Krause wandte sie in der Strümpell'schen Klinik während der letzten 15 Monate in 15 Fällen von *Ischias* an, indem er 80—100 ccm der Lange'schen Lösung injicirte, in den späteren Fällen wegen seiner noch geringeren Giftigkeit Stovain benutzend:

Rp. Adrenalin. (1 : 1000) gtt. V—X.  
 Stovain. 0,1 (— 0,2)  
 solve in  
 Sol. NaCl (8‰) ad 100 ccm.

Nach sorgfältiger Reinigung der Haut (mit Seifenspiritus, Alkohol und Aether) injicirte er langsam in die Tiefe vorgehend etwa 2—3 cm hinter dem Trochanter 80 bis 100 ccm dieser Lösung, nachdem diese  $\frac{1}{2}$  Stunde sterilisirt war. Nie unangenehme Nebenerscheinungen. Von 6 Fällen trat bei 3 prompte Besserung nach einer Injection, bei 2 Fällen nach zwei Injectionen ein; einmal trotz drei Injectionen kein Erfolg. Auch in zwei Fällen von *Trigeminusneuralgie* wurde dies Verfahren angewandt,

einmal mit geradezu glänzendem Erfolg. 67jähriger Pat. leidet seit drei Jahren an neuralgischen Schmerzen in der rechten Seite; seit sechs Wochen sind dieselben recht heftig, sodass Pat. seit 10 Tagen nichts geniessen konnte. Nach Injection von 20 ccm der Lösung subcutan und subperiostal (der rechte Ast des Unterkiefers wurde aufgespritzt) und in der Gegend um das Foramen supra-orbitale blieben die N. prompt weg und sind bisher (sechs Monate) nicht wiedergekommen. Bei dem zweiten Falle, wo die Trigeminusneuralgie schon vier Jahre bestand, traten durchschnittlich täglich 10—15 Anfälle auf; nach dreimaliger Injection (I. und II. Ast rechts) keine Attaquen mehr. Autor meint: „Die erwähnte Behandlungsmethode wird keinesfalls ein Allheilmittel darstellen. Ehe wir sie anwenden, werden andere, gut ausprobierte und begründete Heilmethoden (innere Verabreichung von Medicamenten, physikalische Heilmethoden) zu versuchen sein. Ich glaube auch, dass ein Theil von Trigeminusneuralgien nach wie vor die Domaine der Chirurgen bleiben wird. Bei der geringen Gefährlichkeit und leichten Ausführbarkeit der Methode ist die Injectionstherapie von grösseren Mengen Stovain-Adrenalinlösung aber berufen, in Zukunft regelmässig Anwendung zu finden wenigstens bei schweren Fällen. Ehe bei Trigeminusneuralgie zur Operation gerathen wird, wird man künftig vorher eine Injection von Stovain oder selbst Osmiumsäure\*) nicht verabsäumen dürfen.

(Medicin. Section der Schles. Gesellschaft f. vaterl. Cultur in Breslau, 80. März 1906. — Allgem. med. Central-Ztg. 1906 No. 16.)

**Obstipatio.** Ueber die Anwendung von Oelklystieren bei der chronischen O. der Brustkinder lässt sich Dr. M. Wunsch (Berlin) aus und theilt den Fall eines 2½ Monate alten Kindes mit, bei dem die Verstopfung allen angewandten Mitteln widerstanden hatte. Autor liess mit einem kleinem „Klystierball“ jeden zweiten Tag ein Klystier verabreichen und zwar jedesmal zwei Bälle voll lauwarmen Olivenöls, und das Kind dann eine Stunde liegen. Das Kind bekam im ganzen acht solcher Klystiere. Bereits nach dem dritten Klystier wich die

\*) Autor hat früher in drei Fällen von schwerer Trigeminusneuralgie Osmiumsäure (0,5—1 ccm einer 1%igen Lösung) injicirt, und zwar mit gutem Erfolge. Aber da schwere Schädigungen entstehen können, verliess er diese Methode.

Verstopfung, und das Kind entleerte sich von da ab regelmässig ohne Kunsthilfe.

(Deutsche med. Wochenschrift 1906 No. 11.)

— **Zur Behandlung der chronischen O.** möchte Dr. O. Kohnstamm (Sanatorium Königstein i. Taunus) vor allem *Weglassung des Fleisches* empfehlen. Er ist zur Ueberzeugung gekommen, dass das Fleischeiweiss bei seiner Zersetzung im Darm einen peristaltikhemmenden Stoff erzeugen muss. Er giebt viel Eier, Butter und Milch und erzielt dabei, wo es erwünscht ist, grosse Gewichtszunahmen. Neben der Fleischlosigkeit hilft in zweiter Linie die Einführung mehrerer Milchmahlzeiten, deren Gesamtmenge von Fall zu Fall zwischen 0,5 und 3 L. schwankt. Es kommt vor, dass in den ersten Tagen die Milch zu stopfen scheint; dann wird, wenn es durchaus nöthig ist, mit Klystier nachgeholfen. Doch wird dies Stadium regelmässig überwunden und brauchen dann als stopfend bekannte Speisen, wie Cacao, Schleimsuppen u. s. w. nicht mehr im geringsten gescheut zu werden. Eine unter vielen möglichen Diaetverordnungen ist folgende:

- |          |  |                         |
|----------|--|-------------------------|
| 7 Uhr    | Haferschleimsuppe,                                 |                         |
| 9 Uhr    | Cacao mit Brod, Butter event. Honig und Marmelade, |                         |
| 11 Uhr   | Milch mit Butterbrod,                              |                         |
| 1 Uhr    | Bouillon   |                         |
|          | Kartoffeln mit Salat                               | } mit Milch und Butter. |
|          | Spinat mit Ei und Butter                           |                         |
|          | Compot   |                         |
|          | Pudding  |                         |
| 2—3½ Uhr | Bettruhe,  |                         |
| 4 Uhr    | Cacao mit Gebäck und Butter                        | } mit Milch und Butter  |
| 7½ Uhr   | Eier mit Salat                                     |                         |
|          | Compot   |                         |
|          | Auflauf  |                         |

(Die Therapie der Gegenwart, April 1906.)

## **Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett.** Ueber

**das Gift der Eclampsie und die Consequenzen für die Behandlung** lässt sich Prof. Zweifel (Leipzig) aus. Um der Kenntniss des Giftes der Eclampsie näher zu treten, wurden zuerst systematisch alle Stickstoffsubstanzen des Harns Eclamptischer bestimmt. Resultat: Bei eclamptischen Frauen ist der Harnstoff im Verhältniss zum Gesamtstickstoff herabgesetzt. Das bedeutet aber:

mangelhafte Oxydation des Eiweisses. Ferner ergab sich eine sehr erhebliche Vermehrung des Ammoniaks. Also ein ähnliches Verhältniss wie beim Coma diabeticum. Wie man hier um der Ammoniakvermehrung willen zu dem Schlusse kam, dass eine Säure in vermehrter Menge im Blut kreisen müsse, so war auch bei der Eclampsie dieser Schluss zu ziehen. Es wurde also nach Säuren geforscht und quantitative Bestimmungen der Schwefelsäuren im Harn der Eclamtischen angestellt. Resultat: nicht Erhöhung, sondern starke Herabsetzung der voll-oxydirten Sulphate. Es bewies dies also auch eine mangelhafte Oxydation des Eiweisses im Körper, aber auch, dass nicht die Schwefelsäure (auch nicht die Phosphorsäure) die Vergiftung, an der die Eclamtischen unzweifelhaft leiden, bedingen könne. Auch die Versuche, andere organische Säuren zu finden, fielen negativ aus. Man dachte dann an die Fleischmilchsäure, weil diese das Product einer mangelhaften Oxydation im Körper ist. Es wurde die Fleischmilchsäure im Urin eclamtischer Frauen in 18 nacheinander untersuchten Fällen regelmässig gefunden. Viel leichter ist sie im Blut der Eclamtischen zu finden, und dies geschah ebenfalls regelmässig. Nun wird aber Fleischmilchsäure auch bei verschiedenen Vergiftungen, bei Epilepsie etc. gefunden, sie kann also kaum das Gift der Eclampsie sein. Es wurde nun das kindliche Blut untersucht, da ein höherer Procentsatz hier beweisen muss, dass diese Säure im Kind entsteht. Es wurde bei Kindern eclamtischer Mütter das Nabelschnurblut gesammelt und untersucht, ebenso die Placenten. Resultat: Mehr Säure im Nabelschnurblut, als im Aderlassblut der Mutter und ebenso mehr Säure im Extract der Placenta als im zugehörigen Aderlassblut. Dies beweist, dass die Ursprungsstätte der Fleischmilchsäure im Kinde liegt und höchstwahrscheinlich Folge von mangelhafter Oxydation ist. Mit absoluter Sicherheit war die ursächliche Bedeutung der Milchsäure zu erweisen, wenn sie schon vor dem Auftreten von Krampfanfällen im Urin oder Blut bei der Graviditätsnephritis nachzuweisen war; auch dieser Nachweis gelang. Im Aderlassblut gesunder Leute kommt Fleischmilchsäure nicht vor, bei kranken besonders bei Störungen der Athmung; im Urin ist Fleischmilchsäure stets pathologisch. Was sind nun die Schlussfolgerungen aus diesen Befunden für die heilende und vorbeugende Thätigkeit des Arztes? Der erste Grundsatz ist: *möglichst beschleunigte Entbindung jeder eclamtischen*

*Frau*; denn wenn sich im kindlichen Blut mehr Fleischmilchsäure findet als im Aderlassblut, so ist das Kind in irgend einer Weise Veranlassung oder Ursache der Krankheit. Man lasse also die Frau nicht Anfall auf Anfall bekommen, ohne Anstalten zu ihrer schleunigen Entbindung zu treffen; diejenigen Frauen, welche nach Ablauf einer grösseren Anzahl von Krämpfen bewusstlos in die Klinik kommen, hatten eine Mortalität von 33%, während die Fälle, in denen die Entbindung sofort nach dem ersten Anfall in die Wege geleitet und vollendet wurde, nur 6% Mortalität aufwiesen. Der zweite Grundsatz betrifft die *Prophylaxis der Graviditätsnephritis*, welche, sobald als Albuminurie entdeckt ist, durch Einhaltung einer strengen Milchdiät behandelt werden muss. In den letzten drei Monaten der Schwangerschaft muss alle 14 Tage der Urin auf Eiweiss untersucht werden! Man beachte auch nicht bloss die Albuminurie, sondern auch jedes Kopfweh, Erbrechen, Sehstörungen u. s. w. Was die Behandlung der Eclampsie selbst anbelangt, so ist Autor nicht für Morphinum, auch nicht für Schwitzzeuren (und Wickelungen), wohl aber für den *Aderlass*. Dieser schafft sicher immer mit dem Blut einen Theil des Giftes fort und gestattet nachfolgende *subcutane Infusionen von physiolog. Kochsalzlösung* und solche mit 0,5% Kochsalz und 0,5% Natr. bicarb. Auch eine *Magenspülung* gleich im Anfang ist zu empfehlen, der eine Eingiessung einer Limonade von Brausepulver oder *Saturatio citrica* folgen kann. Bei beschlennigtem, kleinem Puls und mangelhafter Harnsecretion giebt Autor *Digitalis* (Acet. Digital. 20 bis 30 Tropfen), auch Acet. Scillae in gleicher Dosis.

(Münchener med. Wochenschrift 1906 No. 7.)

- **Die Fusszange, ein neues geburtshülfliches Instrument**, empfiehlt Dr. M. Ebersson (Tarnow) und sagt darüber: „Bei Wendungen auf den Fuss befand ich mich oftmals in folgender Situation: ich hatte den Fuss erreicht, war am Sprunggelenk mit den Fingerspitzen angelangt, konnte jedoch die eigenen Finger nicht krümmen, um den Fuss zu erfassen und herunterzuziehen. Das hatte ich mehrmals erfahren bei vernachlässigten Querlagen, nachdem das Wasser längst abgeflossen war, und einige Male bei Wendungen mittels zweier Finger in Fällen von *Placenta praevia*. Da dachte ich mir: wenn so ein Instrument zur Hand wäre, womit ich gefahrlos den Fuss anfassen und fixiren könnte! Ich versuchte es mit einer Schlinge.

Aber auch zur Anlegung einer solchen braucht man Raum, die Schlinge wird bald weich und lässt sich nicht anbringen. Bleibt der scharfe Haken. Abgesehen davon, dass derselbe nur an toten Kindern Verwendung finden kann, ist doch das Operiren damit nicht ohne weiteres — wegen der damit verbundenen Gefahren — jedem anzurathen. Aus dem Grunde kam ich zur Ueberzeugung, dass ein solches Instrument, das ich hiermit angebe, seine Berechtigung hat und in vielen Fällen sich brauchbar erweisen wird. Die Fusszange \*) ist 33 cm lang, aus Stahl, vernickelt, nach den aseptischen Principien gearbeitet und besteht aus den Branchen, die mittels Zahnschlösses mehr oder weniger einander genähert werden können, und dem Korbe. Dieser letztere Theil, der zum Fassen des Fusses dient, bildet bei geschlossenem Instrument eine Höhlung, worin das Sprunggelenk des Fusses Raum findet. Der Korb umschliesst den Fuss elastisch, ohne stärkeren Druck auszuüben, und kann sowohl grössere wie kleinere Füße i. e. von Kindern verschiedener Entwicklungsperioden, genau anfassen. Daraus ist schon zu ersehen, dass die Zange das Sprunggelenk umschliessen muss, um beim Zug nicht abzugleiten, nicht aber an den Fingern oder am Unterschenkel des Kindes anzulegen ist. Dabei ist es gleichgültig, ob die Umfassung des Gelenkes von der Ferse oder dem Fussrücken her geschieht. Das Herabholen des Fusses mittels Zuges ist dann vollständig sicher und leicht auszuführen. Die Indicationen für die Verwendung der Fusszange ergeben sich demnach von selbst; die Anwendung derselben möchte ich auch auf diejenigen Fälle normaler Wendungen ausgedehnt wissen, wo es sich wegen Raum-mangels in der Gebärmutter empfehlen würde, nach Anlegung der Zange die operirende Hand zu entfernen und die Operation bloss mittels der ersteren auszuführen resp. zu beenden. Jeder Geburtshelfer wird übrigens hier das Richtige treffen, und will ich nur noch auf eine andere Verwendungsart des Instrumentes hinweisen, nämlich der Nabelschnurreposition auf demselben. Das Instrument ist stumpf, rund, elastisch, kann also gefahrlos mit der aufgeladenen und mit Bändchen lose befestigten Nabelschnur in den Uterus überall hingeleitet werden.“

(Therap. Monatshefte, April 1906.)

---

\*) Fabrikation: Max Kahemann, Berlin N.



— **Ueber das Verhalten der Menstruation während des Stillens**

hat Elis Essen-Möller (Lund) Untersuchungen angestellt, welche zu folgenden Resultaten führten: Die Menstruation trat während des Stillens in etwa 60% aller Fälle ein und ist somit als eine normale Erscheinung anzusehen. Bei den während des Stillens menstruirenden Frauen traten die Blutungen in über  $\frac{1}{3}$  der Fälle schon in den ersten zwei Monaten ein, und dann in den späteren Monaten mit abnehmender Frequenz. Ein Ueberwiegen der Erstgebärenden in dieser Hinsicht konnte nicht nachgewiesen werden.

(Centralblatt f. Gynaekologie 1906 No. 6.)

**Syphilis.** Ueber eine neue Klasse von jodhaltigen Mitteln

berichten Geh. Med.-Rath Prof. Dr. E. Fischer (Berlin) und Geh. Med.-Rath Prof. Dr. J. v. Mering (Halle). Diese Mittel besitzen zwar die leichte Resorbirbarkeit des Jodipins, enthalten aber kein Chlor und sind ausserdem fest und geschmacklos. Es sind die in Wasser unlöslichen Salze der hochmolecularen Monojodfettsäuren mit Kalzium, Strontium oder Magnesium. In reinem Zustand ist von ihnen am leichtesten zu bereiten das Kalziumsalz der Monojodbehensäure:  $(C_{22}H_{42}O_2J)_2Ca$ , ein farbloses, völlig geruch- und geschmackloses Pulver mit 26% Jod und 4,1% Kalzium, das kurz „Sajodin“ genannt wurde, von Jod und Sapo (weil das Präparat in der theoretischen Zusammensetzung Aehnlichkeit mit den Seifen besitzt). Das Mittel (hergestellt von den Farbfabriken vorm. Bayer & Co. in Elberfeld und den Höchster Farbwerken) wurde angewandt in 10 Fällen von tertiärer S., ausserdem in 5 Fällen von Bronchialasthma und in 6 Fällen von Arteriosklerose, und zwar mit recht günstigem Erfolge. Sämmtliche Pat., unter denen sich drei mit hochgradiger Empfindlichkeit gegen Jodkali befanden, nahmen es gern und bekamen keine unangenehmen Nebenerscheinungen. Die Dosen schwankten zwischen 1—3 g pro die, also ungefähr dieselben wie bei Jodkali. Da dieses aber dreimal soviel Jod enthält, als das Sajodin, wird dem Organismus mit letzterem viel weniger Jod zugeführt. Auf Grund dieser Erfahrungen empfehlen die Autoren das Sajodin als Ersatz für Jodmedication wegen der Geschmacklosigkeit und der geringen Gefahr des Jodismus.

(Medicin. Klinik 1906 No. 7.)

- **Praktische Erfahrungen mit Sajodin** publicirt auch Dr. K. Roscher (Universitätsklinik für Haut- und Geschlechtskrankheiten in Berlin). Das Mittel wurde in Tagesdosen

von 2—3 g (gelegentlich auch bis zu 6 g) gegeben, und zwar in 40 Fällen bei tertiären (11mal) und malignen (6mal) Formen der S., während der secundären Periode bei Kopfschmerzen und Pleurodynie (11mal), Entzündungen des Periosts (2) und der Gelenke (2), bei Nervenlähmungen (4), Erythema nodosum (1), Periphlebitis (1), Iritis specifica (1), ausserdem bei Arteriosklerose; 38 mal mit zweifellos gutem Erfolg, welcher dem des Jodkalis nicht nachgab. Das Mittel wurde selbst bei bestehender Idiosynkrasie gegen Jod gut vertragen; Nebenerscheinungen traten nur in wenigen Fällen oder in geringem Maasse auf.

(Ibidem.)

— **Ueber schmerzlose subcutane Quecksilbereinspritzungen**

berichtet Dr. G. Hirsch (Halberstadt). Er benutzte das von der Chem. Fabrik v. Heyden hergestellte Präparat, eine Mischung von 1% *Hydrarg. oxycyanat.* und 0,5% *Akoin* in wässriger Lösung, deren Injection keine oder wenigstens keine nennenswerthen Schmerzen erzeugt; die Injectionsstelle bleibt auch während der folgenden Tage völlig schmerz- und reizlos, wenn man die folgenden Maassregeln streng befolgt. Autor injicirte in Pausen von 2—4 Tagen bei Erwachsenen je 1—1½ ccm, bei Kindern entsprechend weniger abwechselnd zu beiden Seiten der Wirbelsäure subcutan. Die Haut wird vorher sorgfältig gereinigt und desinficirt, nach der Einspritzung wird die Oeffnung mit Xeroform oder Xeroformcollodium oder dgl. verklebt. Die Spritze der Canüle muss scharf, diese selbst und die Spritze (Autor benutzt ausschliesslich die Lüter'sche) mehrmals mit 5%iger Carbollösung und dann mit destillirtem Wasser ausgespritzt sein. Besonders bei fetten Personen ist darauf zu achten, dass man tief genug in das lockere Unterhautzellgewebe injicirt, nicht in die straffen Schichten der Cutis, wo jede Einspritzung einen schmerzhaften Druck ausübt; die Spritze muss sich leicht entleeren, sonst ist tiefer einzustechen.

(Medicin. Klinik 1906 No. 9.)

- **Ein Fall von schwarzer Haarzunge bei S.** wurde von Dr. Schourp (Danzig) beobachtet. „Ein 28jähriger Landwirth erkrankte am 20. Juni 05 mit einer Primärsklerose, und zeigte am 24. Juli 05 Roseola luetica. Während der Hg-Behandlung nahm er Mundspülungen mit Hydrogenperoxydat. vor und erhielt am 30. August 05 — unter Verbot des Rauchens — die Anweisung, damit auch nach

der Kur fortzufahren. Am 15. Sept. 05 erschien der Pat. mit der Angabe, er habe häufiger geraucht, jedoch die Mundspülungen regelmässig fortgesetzt, verspüre nun aber einen pelzigen Geschmack auf der merkwürdig dunkel gewordenen Zunge und leichten Geruch aus dem Munde. Die Besichtigung der Mundhöhle ergab nichts regelwidriges, ausser einer auffallenden Veränderung des Zungenrückens. Während die Zungenspitze weissen Beleg zeigte, war der Zungenrücken in der Form eines Hufeisens mit verbreiteter Basis völlig von schwarzen, dicht beieinander liegenden Fäden bedeckt, welche sich weich anfühlten und bei kräftigem Bestreichen mit einem, mit Sublimat 1,0 Aetheralkohol ana 100 befeuchteten Wattetampon in grosser Anzahl ablösten. Die Basis dieser Zone schwarzer Haare nahm ihren Anfang vor den Papillae circumvallatae, hinter welchen die Schleimhaut wieder normal war. Die einzelnen Fäden waren bis zu 0,35 cm lang und machten auf dem Wattebausch den Eindruck frisch abrasirter dunkelbrauner Haare. Therapeutisch wurden zweimal wöchentlich abwechselnd an verschiedenen Stellen durch energisches Abreiben die schwarzen Massen entfernt und der dann freiliegende, leicht entzündete und schmerzempfindliche Papillarkörper mit der oben angeführten Sublimatätheralkohol-Lösung geätzt. Daneben wurden unter strengem Rauchverbot stündliche Mundspülungen mit verdünntem Liquor-Alumin. acet. angeordnet. Hierbei wurde die Verfärbung des Zungenrückens bald matter, so dass nach einigen Wochen die Zunge die Farbe von Milchkaffee bekam, um dann allmählich auch diese zu verlieren.“

(Monatsschrift f. Harnkrankheiten u. sexuelle Hygiene 1906 Nr. 20).

- Eine **seltene Localisation eines luetischen Primäraffectes** wurde von Dr. A. Herzfeld (New York) gesehen. Das Ulcus sass bei dem jungen Manne am harten Gaumen,  $1\frac{1}{2}$  cm hinter der oberen Zahnreihe, in der Mittellinie. Wie der Schanker auf diese Stelle gekommen, wollte Pat. nicht erzählen.

(Dermatolog. Centralblatt 1906 Nr. 5.)

**Tuberculose.** Erfahrungen mit **Maretin**, an Phthisikern gemacht, veröffentlicht Dr. Elsaesser (Hannover). Er gab den Pat. 1–2 mal täglich 0,25 g und berichtet über die Erfolge wörtlich: „Ich habe seitdem das Maretin immer mehr schätzen gelernt und es in etwa 40 Fällen angewendet, ohne auch nur einmal einen Misserfolg oder

eine üble Nebenwirkung bemerkt zu haben. Unter diesen 40 Fällen, welche etwa 1200 Einzeldosen von Maretin bekommen haben, sind Patienten, welche das Medicament monatelang Tag für Tag genommen haben. Gerade das, was Steinhauer betont, nämlich das schroffe Abfallen der Temperatur unter erschöpfenden Schweissen und das fahle Aussehen der Kranken sowie den bedenklichen Urinbefund, habe ich nie beobachtet. Freilich habe ich das Mittel auch nicht auf der Höhe des Fiebers, sondern stets vor dem erwarteten Anstiege der Temperatur geben lassen. Ich konnte damit völlig fieberfreie Perioden von längerer Dauer schaffen oder wenigstens die Mitteltemperatur auf etwa  $37^{\circ}$  halten; und das besonders Schätzenswerte war, dass mehrmals nach länger durchgeführtem Maretingebrauch das früher vorhandene Fieber ganz wegblieb. Wenn man bedenkt, wie sehr die Kräfte der Kranken durch den vermehrten Kalorienverbrauch bei länger dauernden Temperatursteigerungen consumirt werden, so ist diese Wirkung allein schon von ganz ausserordentlichem Werthe. Auch in subjectiver Weise werden die Pat. durch die eclatante, wärmeherabsetzende Wirkung äusserst angenehm berührt; zumal das gefürchtete, stets wieder eintretende Fieber sie früher nicht nur durch die directe Wirkung des erhöhten Wärmeverbrauchs, also Verbrennung von Körpersubstanz, Herzklopfen und Congestionen nach dem Kopfe schädigte, sondern indem gerade diese Steigerung der Temperatur bei den an sich schon neurasthenisch veranlagten Patienten oft eine schwere hypochondrische Verstimmung hervorrief. Der eclatante Erfolg der Maretinbehandlung liess die Kranken förmlich wieder aufleben. Ich habe nach den innerhalb eines Zeitraumes von  $1\frac{1}{2}$  Jahren gesammelten Erfahrungen die Ueberzeugung gewonnen, dass wir gerade bei der Lungenschwindsucht kein besseres Antipyreticum haben als das Maretin. Diese Ueberzeugung schöpfe ich aus der Thatsache, dass ich nicht nur über eine ganze Reihe gebesserter Fälle verfüge, sondern auch über solche, die dauernd die bedenkliche Periode der Fiebersteigerung überwunden haben.“

(Deutsche med. Wochenschrift 1906 No. 6.)

— **Ueber die Verwendung des Kampfers bei Lungenkranken**  
macht Hofrath Dr. Volland (Davos) Mittheilung. Phthisiker haben sehr oft ein kleines Herz und leiden an chronischer Herzschwäche. Es ist für den Verlauf des Leidens sehr wichtig, die Pat. aus dieser chronischen



Herzschwäche herauszureissen. Das gelingt nun nach des Autors Erfahrungen ausgezeichnet durch subcutane tägliche Anwendung des 10%igen Kampferöls. Autor wendet solche Injectionen seit 8—9 Monaten bei einer Reihe von Fällen consequent fast täglich an. Die Pat. hatten theils einen zu frequenten und schwachen, theils einen ruhigeren aber schwachen, theils noch dazu unregelmässigen oder ungleichmässigen Puls. Die meisten waren schon jahrelang krank. Allen ging es dabei nicht unwesentlich besser, und Autor war in keinem einzigen Falle gezwungen, aus irgend einem Grunde die Einspritzungen auszusetzen. Es wurde niemals ein übles Ereigniss beobachtet. Man muss, um zu wirken, grössere Dosen geben. Das mindeste, was Autor giebt, sind zwei Spritzen am Tag, entweder auf einmal oder Morgens und Abends je eine. Andere erhalten drei Spritzen auf einmal und noch andere Morgens und Abends je zwei Spritzen, also 0,4 Kampfer in 24 Stunden. Das wird ohne Unterbrechung wochen- und monatelang fortgesetzt. Nur auf diese Weise kann man deutliche und anhaltende Erfolge in der Herzkräftigung und weiterhin in der Besserung des Lungenleidens beobachten.

(Therap. Monatshefte, 1906 Nr. 2).

- Ueber das **Antituberculosserum Marmorek** macht Geh. Med.-Rath Prof. A. Hoffa (Berlin) folgende Mittheilung: „Seit zwei Jahren wird das Marmorek'sche Antituberculosserum in meiner Klinik und Poliklinik angewendet. Bei den widerstreitenden Mittheilungen in der Litteratur halte ich es für nützlich, kurz den Eindruck wiederzugeben, den ich von der Wirksamkeit dieses Mittels gewonnen habe. Es wurden ca. 40 Fälle aller Formen von Tuberculose der Knochen und Gelenke, zum Theil viele Monate hindurch behandelt. Nachtheilige Wirkungen auf den Verlauf der Erkrankung, die mit der Anwendung des Serums in Zusammenhang stehen, sind niemals eingetreten. Schweren, weit fortgeschrittenen Zerstörungen wurde durch das Serum kein Stillstand geboten, wenn ich auch ungewöhnlich schnelle Vernarbung resp. Ausheilung umfangreicher osteomyelitischer Prozesse beobachtete, die nur auf die Anwendung des Serums bezogen werden konnten. In vielen Fällen hatte das Serum einen entschieden guten Einfluss auf Temperatur, Allgemeinbefinden und den localen Krankheitsprocess. Bereits in der ersten Versuchsreihe von 10 Fällen machte sich gelegentlich eine

günstige Wirkung des Serums auf die Resorption und Rückbildung von Abscessen bemerkbar; sie gelangten schneller zur Heilung als es gewöhnlich zu geschehen pflegt. Störend zeigte sich die mehr oder minder starke Serum-Local-Reaction nach subcutaner Injection, wie sie wiederholt beschrieben worden ist, bei ca. einem Drittel meiner Fälle. Keiner der Kranken hatte aber hiervon einen bleibenden Nachtheil. Meist war nach 24 Stunden der locale Reizzustand an der Injectionsstelle völlig ausgeglichen. Immerhin gaben diese Reizungen Veranlassung zur Unterbrechung der erforderlichen Continuität in der Behandlung. Diesem Uebelstande wurde später in der Weise abgeholfen, dass ich das Serum als rectales Klysma einführte. Diese Methode übe ich nun seit einem halben Jahre mit dem Erfolge, dass niemals wieder irgend welche localen oder allgemeinen Serumreactionen auftraten. Die einfachen kleinen Eingiessungen werden stets behalten und ausgezeichnet vertragen. Sie haben, neben der technischen Einfachheit, den weiteren erheblichen Vortheil, dass man wochenlang täglich das an und für sich unschädliche Serum den Patienten reichen kann, ohne dass es an Wirksamkeit verliert. Gerade die markanteste meiner Beobachtungen von Heilung grösster tuberculöser alter Wundflächen bezieht sich auf einen Fall, der mit rectaler Serumeinführung behandelt wurde. Es scheint mir noch nicht an der Zeit, ein abschliessendes Urtheil über genaue Indicationen und den Heilwerth des Serums zu fällen, wohl aber möchte ich anregen, diesem scheinbar doch werthvollen Hilfsmittel in der Tuberculotherapie mehr Aufmerksamkeit zu schenken, als es bisher, trotz zahlreicher zum Theil recht günstiger Publicationen, der Fall zu sein scheint.“

(Berliner klin. Wochenschrift 1906 No. 8.)

## Vermischtes.

— **Erklärung einiger neuer Fachausdrücke**, von Generaloberarzt Dr. Schill (Dresden) [Forts.]:

Anisometropie, alternirende cf. Mydriasis.

Ateleiosis. So bezeichnet Gilförd eine Entwicklungshemmung, von welcher er zwei Formen unterscheidet, die asexuelle und die sexuelle; bei ersterer bleibt die Ent-

wicklung des Körpers in der Pubertätszeit infantil, und nur die Genitalorgane entwickeln sich normal, bei letzterer bleiben auch die Genitalien unentwickelt. *British medical Journal* 1904, No. 2284.

Autoeytopräcipitine sind Producte, welche reagiren, wenn Serum und Extract eigener Gewebe bei den Organismen gemischt werden, welche von pathologischer Resorption derselben Gewebe betroffen sind. cf. Centanni, *Zentralblatt für Bakteriologie* 1903, Bd. 35, S. 91.

Bakteriotrope Sera sind Sera, welche weder bakteriolytisch noch antitoxisch wirken, dagegen eine Umwandlung oder Umstimmung der Bakterien herbeiführen, sodass sie von den Phagocyten aufgenommen werden. Neufeld und Rimpau, *Zeitschrift für Hygiene und Infektionskrankheiten* 1905, Bd. 51, S. 289.

Die Bantische Krankheit ist nach einer kritischen Uebersicht von Albu noch kein einheitlicher Symptomencomplex. Entweder gehört ein grosser Theil der als M. B. beschriebenen Erkrankungen nicht dazu, oder sie ist kein abgeschlossenes Krankheitsbild. Nach Banti besteht die Krankheit in allmählicher Entwicklung eines grossen Milztumors, gefolgt von Symptomen von Blutarmuth: Mattigkeit, leichtem Ermüden, Herzklopfen, Athemnoth, Schwindelanfällen, Blässe der Haut und der Schleimhäute, Nasenbluten und Blutungen aus anderen Organen, Verminderung der rothen Blutkörperchen und des Haemoglobingehaltes, mässiger Leukocytose, seltener Poikilocytose. Nach mehrjähriger Dauer meist Tod durch Erschöpfung. *Deutsche medizinische Wochenschrift* 1904, S. 706.

Behring's Tuberculoseheilmittel ist nach Spengler ein Waschpräparat, welches ungefähr die Mitte hält zwischen Koch'scher Emulsion und Koch'schem T.R. Es ist der Rückstand nach wiederholter Hüllenwaschung. *Deutsche medizinische Wochenschrift* 1905, No. 51.

Behring's Bovovaccin, Immunisationsstoff für Kinder, ist aus menschlichen Tuberkelbacillen bereitet und müsste, wie Spengler darlegt, Tuberculo- oder Homovaccin heissen. *Ibid.*

Das Bell'sche Phaenomen besteht im Aufwärtsrollen des Bulbus während des Schlafes und beim Lidschluss. Durch Trauma kann eine Abwärts- statt Aufwärtsdrehung bewirkt werden. Br. Fleischer, *Archiv für Augenheilkunde* 1905, Bd. 52, H. 4.

Beta cf. Melung.



**Blastomykose.** Die unter diesem Namen von Gilchrist eingeführte Krankheit ist eine chronische, hartnäckig recidivirende Dermatoze, deren multiple Herde klinisch dem verrucösen Lupus, histologisch einem von oberflächlichen Erweichungsherden durchsetzten Epitheliom gleichen. Unna, Münchener medizinische Wochenschrift 1904, No. 30, S. 1367.

Unter Botryomykose des Menschen verstehen Poncet und Dor gutartige, gestielte Granulationsgeschwülste von Erbsen- bis Nussgrösse, roth, weich elastisch, von leicht blutender oder oberflächlich ulcerirter Haut bedeckt, welche Wochen oder Monate nach Verletzungen an Händen oder Fingern entstehen. Frédéric hat alles hierüber Bekannte zusammengefasst. Deutsche medizinische Wochenschrift 1904, No. 15 und 16.

Bromkörper cf. Proteinochrom.

Broadbent'sches Zeichen = inspiratorische Einziehung der hinteren Thoraxwand im Bereich der neunten, zehnten und elften Rippe, handbreit von der Wirbelsäule nach links, charakteristisch für Pericarditis adhaesiva. Lehmann und Schmoll, Fortschr. d. Röntgenstr. 1905, Bd. 9, H. 3.

Bryocyten (von *βρύειν*: vermehren, proliferiren lassen und *κύτος*, die Zelle) benennt Bosc die Parasiten der „maladies à sporozoaires“, unter welche er Krebs, Variola, die Impfpustel, das aphthöse Fieber und die Syphilis einreihet. Zentralblatt für Bakteriologie 1903, Bd. 34 (Orig.), No 6 und 7.

Buccalreflex benennen Toulouse und Vurpas die bei Geisteskrankheiten sehr oft, besonders bei Paralyse, seniler Demenz und Alkoholismus, oft auch bei Geisteschwäche beim Beklopfen der Oberlippe über der Fossa canina auftretende Aufwärtsbewegung der Unterlippe. Société de biologie 1903, 11. Juli.

(Deutsche med. Wochenschrift 1906 No. 9.)

(Fortsetzung folgt.)

- **Eine neue Rippenschere**, welche die Rippenresection wesentlich vereinfacht, hat Primarius Dr. J. Bogdanik (Krakau) construirt und bei L. Knapinski in Krakau anfertigen lassen. Die Verletzung der Weichtheile ist bei ihrer Benützung nur gering, die Beinhaut wird von der Rippe nur soweit abgehoben, als nothwendig ist. Ueber der Rippe wird zuerst ein Längsschnitt, welcher bis auf den Knochen dringt, und senkrecht über diesem ein zweiter Schnitt

geführt. Die Schnitte brauchen nur ungefähr 5 cm lang zu sein. Auf der Vorderfläche der Rippe wird nun mit einem Raspatorium die Beinhaut vom Knochen zurückgeschoben. Wenn das geschehen ist, wird der innere Arm der Schere in die Hand genommen. Ihre Spitze ist schnabelförmig umgebogen, 12 mm breit und läuft in eine Spitze aus. Das Instrument bildet ein Raspatorium, welches an die Rippe angesetzt und um die rückwärtige Fläche derselben geführt wird, bis seine Spitze wieder im Intercostalraume zum Vorschein kommt. Jetzt wird der zweite Arm der Schere in die Hand genommen, welcher in zwei gekrümmte Messer mündet, die im Abstände von 12 mm miteinander parallel verbunden sind. Dieser Arm wird über den zuvor eingeführten Arm von unten her geschoben. Beim Zusammendrücken der Arme wird also ein 12 mm breites Rippenstück auf einmal resectirt und auf diese Weise eine hinreichende Oeffnung für die Brustraumdrainage geschaffen. Ein etwas kleineres Modell ist für die Kinderpraxis bestimmt.

(Wiener med. Presse 1906 No. 5.)

- Eine **Inhalirpfeife zur Verdampfung ätherischer Oele** empfiehlt Dr. J. Thanisch. Er schreibt: „Der ganze Apparat ist aus Glas, aus einem Stück, nach Art einer Pfeife gefertigt. Er ist daher leicht zu reinigen und entspricht demnach allen hygienischen Anforderungen. Das zu verdampfende ätherische Oel kommt auf das in den Glaskolben hineinragende Ende eines Wattestöpsels. Durch diesen kann bei der Inspiration Luft in den Glaskolben eintreten. Der Wattestöpsel soll jedoch, um eine Verfärbung desselben durch Ueberhitzung zu vermeiden, den Boden des Kolbens nicht berühren, sondern ca.  $\frac{1}{2}$  cm davon entfernt bleiben. Um eine Reizung der Schleimhaut zu vermeiden, sind nur einige Tropfen (ca. 3—5) der Inhalirflüssigkeit aufzugießen. Der Glaskolben, der aus schwer schmelzbarem Glase gefertigt, sowie auch das in ihm enthaltene Medicament werden über einer kleinen Spirituslampe, die dem Apparat beigegeben ist, vorsichtig erwärmt. Nach ca.  $\frac{1}{2}$  Minute beginnt dann, wenn man an dem Mundstück zieht, die Dampfentwicklung. Die Dämpfe steigen durch das Verbindungsstück nach dem Schlangenrohr auf, werden hier etwas abgekühlt und gelangen durch das gebogene Mundstück in die Mundhöhle. Das Schlangenrohr verhindert ferner auch ein Aufsteigen von im Ueberflusse aufgegossenen ätherischen Oelen, so dass, zumal es mit ziemlich engem Halse frei in dem

Mundstück endet, ein Uebertreten von Flüssigkeit in den Mund völlig ausgeschlossen ist. Um ein Tiefer eindringen der Dämpfe in die Luftwege zu erzielen, mache man tiefe Athemzüge, setze nicht nach jedem Zuge die Pfeife zwecks Expiration ab, sondern exhalire wieder in das Mundstück hinein. Es werden durch diese Manipulationen die Inspirationen ergiebiger und ist den Dämpfen längere Zeit zur Einwirkung gegeben. Letztere gehen zum Theil mit der Expirationsluft an dem engen Ende des Schlangenrohrs vorbei in den cylinderartig gebauten Körper der Pfeife über und gelangen von hier durch ein Lippenventil nach aussen. Ein Uebertreten von Expirationsluft in das Schlangenrohr ist bei der Enge desselben im Gegensatz zur Weite des Mundstückes so gut wie ausgeschlossen. Bei der Inhalation durch die Nase, wozu ein eigener Ansatz beigegeben ist, halte man bei der Inspiration den Mund geschlossen, athme jedoch durch denselben aus. Wenn einmal die Dampfentwicklung begonnen, bewege man den Kolben vorsichtig über der Flamme hin und her, um ein überflüssiges Ueberhitzen zu vermeiden. Die Dauer der jedesmaligen Inhalation betrage einige Minuten und ist des Tages mehrere Male zu wiederholen. Zur Inhalation verwende man ein Gemisch verschiedener ätherischer Oele, dem man Menthol zusetzt, etwa folgende Mischung:

Rp. Menthol. 2,5  
 Terpinol. |  
 Eucalyptol. aa 1,0  
 Ol. Pin. pumil. 0,5.

Die Reinigung der Pfeife geschieht durch mehrmaliges Durchspülen mit warmem Wasser oder besser Spiritus, Aether, nachdem man vorher das Lippenventil aus Gummi abgenommen hat. Sollte sich der Wattestöpsel bei mehrmaligem Gebrauch verfärben, so ist er durch einen neuen zu ersetzen. Der ganze Apparat, der sammt Spirituslampe in einer kleinen Schachtel durch die Firma Katsch (München) geliefert wird, ist bequem in der Tasche mitzuführen.“

(Monatsschrift f. Ohrenheilk. etc. 1905 No. 12.)

- **Lagerung unreiner Kranker auf Torfmull** empfiehlt Dr. O. Zippel (Hamburg). Im Hamburger Werk- und Armenhause liegen dauernd 300 alterssiche und chronisch Kranke zu Bett, von denen 20—30 Urin und Stuhl unter sich lassen. Autor lagert die unreinen Pat. seit sechs Jahren auf Torfmull und ist mit den Erfolgen sehr zufrieden; es wird in den meisten Fällen Decubitus verhütet. Autor

schreibt über die Technik und den Werth des Verfahrens: „Ueber das Bettlaken, unter dem wasserdichter Stoff liegt, wird (eventuell nach Unterlage eines Wasser- oder Luftkissens) ein dreieckiges Leintuch gelegt, die lange Seite quer zur Bettlänge. Darauf wird das sogen. Nest zurechtgemacht, das etwa  $\frac{1}{2}$  m Durchmesser hat; eine dünne lockere Schicht Jute mit einem ca. 15 cm hohen Rande (Gewicht ca. 100 g). Dieses Nest wird mit lockerem Torfmull gefüllt, etwa 200 g. Darauf wird dann die Pat. gelegt und das dreieckige Tuch um Unterleib und Beine genau so herumgelegt, wie man es bei Säuglingen macht. So kann man die Pat. unbesorgt zwölf Stunden liegen lassen, selbst 24 Stunden, doch sollte letzteres nicht die Regel sein. Anders wird die Sache, wenn Stuhlgang eintritt. Der Stuhlgang wird ja bei Patienten dieser Kategorie im allgemeinen so besorgt, dass sie jeden zweiten Tag ein Klystier bekommen und auf einen Nachtstuhl gesetzt werden. Tritt aber beim Liegen unerwartet Stuhlgang ein, oder besteht Durchfall, so ist die Wärterin nicht genötigt, sofort einzuschreiten, sondern kann ruhig erst andere dringende Arbeiten besorgen. Es bedeutet das eine ganz erhebliche Entlastung des Pflegepersonals. Die Reinigung ist leicht, da die Faeces vom Torfmull eingehüllt werden und den Körper kaum beschmutzen; auch der dem Körper anhaftende Torfmull ist leicht zu entfernen. Wir haben keine besonderen dreieckigen Tücher angeschafft, sondern verwenden die gewöhnlichen Bettlaken, diagonal gelegt. Die Wärterin kann dann besser mit ihrem Wäschevorrat disponieren. Bei den Männern ist die Torfmullagerung weniger wichtig, da eine gute Urinbettflasche vielfach genügt, ist aber auch hier gut anwendbar, da ja bei alten Männern der Penis seine Lage kaum verändert. Bei ruhig liegenden Männern verwenden wir mit Vortheil ein Jute-Torfmullkissen mit einem Boden von Billrothbattist. Es wird mit unserer Lagerung erreicht, dass in den nur mit Unreinen belegten Sälen, die pro Kopf 23,5 cbm Luftraum bieten und keine künstliche Ventilation haben, nie eine Belästigung durch schlechte Luft verspürt wird. Der Bezug und die Herichtung des Torfmulls ist von grosser Bedeutung. Wir beziehen Torfmullballen à 90 Kilo für 2.80 Mk. (excl. Transport) von W. Stüleken, Hamburg, Heidenkampsweg 31. Das Material wird durch ein Drahtsieb von 3 mm Maschenweite gerieben, doch kann man die Stücke auch einfach mit den Händen verreiben; es bleiben etwa 5 Kilo Rückstand.“ (Münchener med. Wochenschrift 1906 Nr. 6.)

## Bücherschau.

- Den Aufgaben des Deutschen Vereins gegen den Missbrauch geistiger Getränke, der in jüngster Zeit einen grossen Aufschwung genommen und 20,000 Mitglieder zählt, dient neben den „Mässigkeitsblättern“ eine *Zeitschrift zur wissenschaftlichen Erörterung der Alkoholfrage*, die Herr Dr. med. Waldschmidt (Charlottenburg) zusammen mit den Herren Professor Dr. med. Alt (Uchtspringe), Geh. Med.-Rath Dr. Baer (Berlin), Dr. med. Colla (Finkenwalde), Prof. Dr. med. Cramer (Göttingen), Dr. med. Graf Douglas (Berlin), Prof. Dr. jur. Endemann (Heidelberg), Geh. Med.-Rath Professor Dr. C. Fraenkel (Halle), Prof. Dr. Grawitz (Charlottenburg), Prof. Dr. v. Grützner (Tübingen), Dr. med. B. Laquer (Wiesbaden), Geh.-Rath Dr. Pistor (Berlin), San.-Rath Dr. Schaefer (Lengerich), Senatspräsident Dr. jur. von Strauss und Torney (Berlin), Prof. Dr. med. Tuczek (Marburg), Geh. Reg.-Rath Dr. jur. Zacher (Berlin) unter dem Namen „**Der Alkoholismus**“ im Verlage von J. A. Barth, Leipzig (jährlich ein Band von 6 Heften — Preis 8 Mk.) herausgibt. An Original-Abhandlungen sind im Heft 1 und 2 1906 erschienen: Das Jahr 1905 vom Herausgeber. Grützner, Prof. Dr. med. v., „Bemerkungen über die Wirksamkeit, beziehungsweise Giftigkeit verschiedener Alkohole, insonderheit des Aethylalkohols“. Deutsch, Dr. Ernő, „Einiges über den Einfluss des Alkohols“. Laquer, Dr. med. B., „Der Alkoholverbrauch in den bedeutendsten Culturstaaten“ von Prof. Struve und Dr. Schulze-Besse nebst Bemerkungen über „Alkoholzahlen“. Martius, Dr. Wilh., „Goethes Faust und die deutsche Alkoholfrage“. „Beiträge zur Alkoholfrage aus dem Reichsarbeitsblatt“. Laquer, Dr. med. B., „Die Trunksucht und die Haushaltung der deutschen Städte“. Schaefer, Dr., „Die Alten und der Alkohol“. Dicke, Dr. med., „Die Nothwendigkeit eines obligatorischen Anti-Alkoholunterrichtes in den oberen Klassen der Volksschulen“. Boas, Kurt, „Wie soll der Alkoholismus im Schulunterrichte bekämpft werden?“ Ausserdem enthalten die Hefte zahlreiche Referate über einschlägige Bücher und Zeitschriften.
- Ein **diagnostisch-therapeutisches Lexikon** beginnt im Verlage von Urban & Schwarzenberg (Wien und Berlin) zu erscheinen. Im gleichen Verlage ist bereits ein diagno-



stisches und ein therapeutisches Lexikon erschienen, welche bei den Praktikern grossen Beifall gefunden haben. Die Vorzüge beider sollen nun in einem einzigen lexikalischen Werke vereinigt werden, das dem Arzte in knapper Form ein zuverlässiger Führer in den wichtigsten Zweigen der ärztlichen Thätigkeit, Diagnostik und Therapie sein soll. Als Herausgeber des neuen Unternehmens zeichnen Bruhns (Berlin), Bum (Wien), Gottschalk (Berlin), Kausch (Berlin), Klemperer (Berlin) und Strasser (Wien), und eine Reihe weiterer hervorragender Namen wird als Mitarbeiter angegeben. Das Werk soll in 60 Lieferungen (à Mk. 1,20) erscheinen, und die erste derselben, die Artikel „Abasie“ bis „Akne“ umfassend, liegt bereits vor. Kurze, klar geschriebene Artikel, mit vorzüglichen Abbildungen versehen, orientiren den Leser über alle wichtigen diagnostischen und therapeutischen Fragen nach dem gegenwärtigen Stande unseres ärztlichen Wissens und Könnens. Wir sind überzeugt, dass auch die folgenden Lieferungen auf gleicher Höhe stehen werden, und dass das Unternehmen nach seiner Vollendung wieder ein erstklassiges Nachschlagewerk darstellen wird, das jedem Praktiker die erspriesslichsten Dienste zu leisten berufen ist.

— **Die interne und chirurgische Behandlung der Gallenstein-krankheit** bespricht Prof. Dr. Kehr in einem 176 Seiten starken Buche (J. F. Lehmann's Verlag in München. Preis: Mk. 4), das er speciell dem Praktiker widmet. Kehr ist kein „Gallensteinschneider“, für den man ihn meist hält, d. h. er operirt nicht Gallensteine à tout prix. Im Gegentheil: er behandelt die Mehrzahl der Kranken intern, und nur wo es wirklich nothwendig ist, greift er operativ ein, und zwar mit ausgezeichneten Erfolgen, wie auch das eine Kapitel seines Buches „Erfolge bei 1111 Gallensteinoperationen“ zeigt. Die interne Therapie wird recht genau besprochen, und findet der Praktiker in diesem Kapitel die mannigfachsten Anregungen und Rathschläge. Sehr interessant und lehrreich ist auch der Abschnitt „Indicationen zur internen und chirurgischen Behandlung der Cholelithiasis“. Ueberhaupt wird der prakt. Arzt das kleine Werk mit grösstem Nutzen studiren. — Ein gleiches gilt von einem anderen, im gleichen Verlage erschienenen Buch: **Die Schmerzverhütung in der Chirurgie**. (Preis: Mk. 3). Drei Autoren hat dasselbe zu Verfassern. Prof. Witzel lieferte das Kapitel: „Ueber die Wahl des Verfahrens zur Schmerzempfindung“, Dr. F. Wenzel den

Abschnitt „Die allgemeine Narkose“, und Dr. P. Hackenbruch „Die örtliche Schmerzverhütung“. Ungemein klar und präcis geschrieben, wird dieses Buch dem prakt. Arzte ein ausgezeichneter Rathgeber sein.

- T. Cohn's **Leitfaden der Elektrodiagnostik und Elektrophotherapie** liegt bereits in 3. Auflage vor. (Berlin, Verlag von S. Karger), nachdem die 1. Auflage 1898, die 2. im Jahre 1902 erschienen ist. Die weite Verbreitung dieses Buches erklärt sich daraus, dass Cohn es vortrefflich verstanden hat, dem prakt. Arzte das nicht leichte Gebiet präcis und klar in Wort und Bild vor Augen zu führen, sodass das Buch einen wirklichen Führer und Berather für die Praxis darstellt. Wie sehr der Autor weiter darauf bedacht ist, diesen Zweck zu erreichen, zeigt die Vermehrung der 3. Auflage um das Kapitel: „Betriebsstörungen an galvanischen und faradischen Apparaten“, das namentlich Anfängern höchst willkommen sein wird. Auch sonst hat Cohn mannigfache Verbesserungen angebracht und sowohl den textlichen Theil wie auch den illustrativen, letzteren namentlich mit schematischen Zeichnungen, wesentlich vermehrt. So wird auch diese Neuauflage zweifellos allenthalben freudig aufgenommen werden!

- **Ueber naturgemässe Therapie** hat Prof. Goldscheider in der Festsitzung des Vereins für innere Medicin (19. II. 06) einen sehr interessanten Vortrag gehalten, der dann in der „Deutschen med. Wochenschrift“ reproducirt wurde. Jetzt ist auch ein Separat-Abdruck erschienen (G. Thieme, Leipzig. Preis Mk. 1.—), sodass der Vortrag jedem leicht zugänglich ist. Die Lectüre wird jedem Arzte hohen Genuss bereiten.

---

## Mittheilung.

Der Redacteur dieses Blattes wohnt vom 1. Juli ab Friedenau-Berlin, Handjery Str. 14.

---

*Für den redactionellen Theil verantwortlich: Dr. E. Graetzer in Sprottau.*



# Excerpta medica.

## Kurze monatliche Journalauszüge

aus der gesamten Fachliteratur

zum Gebrauch für den praktischen Arzt.

Herausgegeben von **Dr. med. Eugen Graetzer** in **Friedenau-Berlin**.

Verlag von Carl Saltmann, Leipzig.

**Juli**

**XV. Jahrgang**

**1906**

### Mittheilung.

Der Redacteur dieses Blattes wohnt

vom **1. Juli** ab

**Friedenau-Berlin, Handjery Str. 14.**

#### **Agrypnie.** Ueber Proponal, ein Homologes des Veronal

veröffentlicht Dr. L. Roemheld (Sanatorium Schloss Hornegg a. N.) seine Erfahrungen bei 30 Fällen, wo er das Mittel in Dosen von 0,2—0,4 g angewandt hat. Es handelte sich fast überall um hysterische oder neurasthenische oder auf Alkoholismus beruhende A., in einzelnen Fällen um solche im Gefolge von schmerzhaften Darmaffectionen oder von Gicht, ferner um Fälle von Hirnlues oder cerebraler Arteriosklerose. Schlaf trat meist nach  $\frac{1}{2}$  Stunde, in einzelnen Fällen auch erst nach  $1\frac{1}{2}$  Stunden ein und dauerte gewöhnlich 5—7 Stunden. Genommen wurde das Mittel unmittelbar vor dem Zubettgehen in heissem Wasser oder Thee. Leichte Schmerzen wurden durch 0,3—0,4 Proponal beseitigt, stärkere störten die Wirkung des Proponals. Ueble Nebenwirkungen wurden nicht beobachtet. Autor hatte den Eindruck, dass in den meisten Fällen zur Erzielung derselben hypnotischen Wirkung, wie sie durch eine gewisse Menge Veronal ausgeübt wird, mehr als die Hälfte dieser Dosis von Proponal nötig

sei, sodass etwa 0,5 g Veronal 0,35 g Proponal entsprachen. Jedenfalls stellt letzteres eine werthvolle Bereicherung unseres Arzneischatzes dar, ist ein prompt wirkendes, unschädliches Schlafmittel und dürfte besonders da grosse Dienste leisten, wo man grosse Veronaldosen ersetzen und diese abgewöhnen will.

(Die Therapie der Gegenwart, April 1906.)

- Einen **Bericht über Versuche mit Proponal** liefert auch Dr. F. Mörchen (Privatklinik Hohe Mark). Das Mittel wirkte nach  $\frac{1}{2}$ —1 Stunde, wurde leicht genommen, machte keine Magenbeschwerden, und hatte auch sonst keine unangenehmen Nebenwirkungen, abgesehen von zwei Fällen, wo beschleunigte Herzthätigkeit und erhöhter Blutdruck zu constatiren war. Ungünstig wirkte es zweimal bei organisch erkrankten, schon recht invaliden Gehirnen, wo vorübergehende Excitation mit lebhaften, schreckhaften Träumen auftrat, auf die dann starke geistige und körperliche Prostration folgte. Auch Veronal kann ja bei Paralytikern, Senilen u. s. w. aufregende, resp. collabirende Wirkung äussern. Im übrigen war der Proponalschlaf ein ruhiger, die Pat. fühlten sich darauf ausgeruht und erfrischt. Fast immer zeigte sich freilich bei wiederholter Darreichung schon nach drei bis vier Abenden erhebliches Nachlassen der Wirkung; doch genügte eine zweimalige Abwechselung mit einem anderen Schlafmittel, um den früheren Grad von Wirksamkeit wieder herzustellen. Es ist bemerkenswerth, dass auch Veronal trotz seiner nahen Verwandtschaft mit dem Proponal als ablösendes Mittel sehr geeignet war. Es scheint sogar, dass in Fällen einer nothwendigerweise fortgesetzten Darreichung von Schlafmitteln ein regelmässiger, vielleicht 2—3 tägiger Turnus zwischen Veronal und Proponal eine sehr wirkungsreiche Methode darstellt. Man kommt fast immer mit 0,3—0,4 Proponal aus; über 0,5 g gehe man nicht hinaus!

(Münchener med. Wochenschrift 1906 No. 16.)

- **Erfahrungen mit Neuronal bei Psychosen** veröffentlicht Dr. G. Dreyfuss (Univers.-Irrenklinik Heidelberg). Das Mittel wurde 17 Pat. theils als Beruhigungsmittel bei schwerer Erregung, theils als Schlafmittel wegen andauernder A. gegeben. Ruhige, nur schlaflose Pat. schiefen im allgemeinen  $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$  Stunde später ein, erregte Pat. erst nach 1—3 Stunden und noch später. 0,5 g genügte bei einfacher, 1 g bei hartnäckiger A., bei Erregungen mussten mindestens 1,5 g, meist 2 g gereicht werden; über 2,5 g

in 24 Stunden wurde nicht hinausgegangen. Eine cumulative oder abschwächende Wirkung wurde nicht beobachtet.

(Therap. Monatshefte, Mai 1906.)

## Anaesthetie, Narkose. Zur Localanaesthetie in der

**Ohrenheilkunde** theilt Dr. J. Hechinger aus der Universitäts-Ohrenklinik in Freiburg i. B. mit, dass jetzt dort folgende Lösung Verwendung findet:

Rp. Acid. carbolic. liquefact. 0,5  
Cocain. mur.  
Menthol. aa 2,0  
Spirit. vin. 10,0.

Handelt es sich um einen zu incidirenden *Furunkel im äusseren Gehörgang*, so legt man auf diesen einen der Grösse des Furunkels entsprechenden, mit jener Lösung getränkten Wattebausch und lässt ihn so lange liegen, bis die Haut weiss wird (in der Regel etwa 10—15 Minuten). Um sich zu vergewissern, berührt man den sonst bekanntlich äusserst druckempfindlichen Furunkel mit einer Sonde und fragt, ob die Berührung noch empfunden werde. Wenn nicht, so incidirt man. Bei *Trommelfellparacentese* berührt man nur die zu paracentesirende Stelle leicht mit einem dünnen, auf den Watteträger oder auf eine Knopfsonde aufgedrehten, mit der Lösung getränkten Tupfer, bis Weissfärbung eintritt. Schon wenige Minuten darauf wird die Sonde nicht mehr empfunden, und man kann die Membran spalten, ohne dass Pat. auch nur eine Miene verzieht. Von der Aetzung ist meist bereits am nächsten Tage nichts mehr wahrzunehmen.

(Deutsche med. Wochenschrift 1906 No. 13.)

— **Ueber Alypin in der urologischen Praxis** berichtet Dr. H. Lohnstein (Berlin). Er hat nie stärkere als 1%ige Lösungen applicirt. Nie traten unangenehme Nebenerscheinungen zu Tage, und der anaesthesirende Effect stand dem gleichconcentrirten Cocainlösungen nicht nach. Nur gewann Autor den Eindruck, als ob man bis zum Eintritt der gewünschten Anaesthetie längere Zeit braucht, als bei Anwendung des Cocain. Das gewöhnliche Alypin hat nun aber einen für die urologische Praxis schwer ins Gewicht fallenden Nachtheil: es giebt, gleichzeitig mit Argent. nitric. angewendet, einen Niederschlag. Diese Erscheinung beobachtet man auch, wenn man Cocain. oder Cocain. muriat. mit Argent. nitr. zusammenbringt. Man

hat daher überall dort, wo man Cocain, sei es gleichzeitig, sei es kurz vor oder kurz nach der Argentumapplication, anwendet, Cocain. nitr. zu benutzen, welches mit Argent. nitr. eine klare Lösung giebt. Es wurde nun deshalb auch das Salz *Alypin. nitr.* hergestellt, das mit Arg. nitr. vermischt werden darf. Dies Alypin. nitr. hat Autor zur Anaesthesirung der Urethra anterior benützt, indem er 5 ccm einer 1%igen Lösung mittels Urethraspritze injicirte, z. B. zur Erschlaffung des Compressor urethrae bei Janet-Irrigationen sowie tiefen Harnröhreninjectionen. Hier bewährte sich Alypin sehr gut, desgleichen bei Argentuminstillationen, wo Autor in der Regel so verfuhr, dass er 1 ccm einer 5%igen Argentumlösung + 5 ccm einer 1%igen Cocain. nitr.-Lösung injicirte; jetzt injicirt er dafür 1%ige Alypin.-nitr.-Lösung. Auch gelegentlich der Application von Bougies, schwierigen Katheterismus anaesthetisirt er jetzt die Harnröhre mit 5 ccm einer 1%igen Lösung fünf Minuten lang. Schliesslich hat er in etwa 20 Fällen diese Lösung behufs Infiltrationsanaesthetie bei Phimosenoperationen, Incisionen des Orificium extern. der Harnröhre angewandt. Nach Abschnürung des Penis mittels Gummrohr wurden 1—2 ccm der Lösung rings um die zu incidirende Parthie subcutan injicirt; bis auf einen Fall wurde complete Anaesthetie erzielt. Alypin. nitr. ist also ein vollständiger Ersatz für Cocain, vor dem es den Vorzug hat, dass es sterilisirbar, ungiftiger und wohlfeiler ist.

(Deutsche med. Wochenschrift 1906 No. 13.)

- **Ein neues cocainfreies Injections-Anaestheticum** empfiehlt Zahnarzt L. Wolff (Berlin). Es ist das eine  $\beta$  *Eucaïn-Stovain-Adrenalinmischung*, mit der er mehr als 600 Extraktionen gemacht hat; er beobachtete dabei tiefgehende Anaesthetie, aber nie ein Oedem, nie gangraenöse Zersetzung. Man sieht nach der Extraction keine so vollständige Blutleere wie bei Cocain-Adrenalin, weil eben die vasoconstringirende Eigenschaft des Cocains fehlt. Dafür füllt sich die frische Extractionswunde bald nach der Operation mit Blut, was als wesentlicher Vorzug anzusehen ist, weil man sofort nach der Operation die Blutcoagulation in der Alveole des extrahirten Zahnes sehen kann und die Wundheilung unter dem Blutschorf zuzüglich der antiseptischen Eigenschaften des Stovains schneller und glatter verläuft. Es gelang stets, nach Injection einer geringfügigen Menge, meist  $\frac{1}{2}$ —1 ccm, völlig schmerzlos zu extrahiren. Nach der Injection, die stets an die Alveole



und zu beiden freien Seiten des Zahnes geschehen soll, wartet Autor acht Minuten, dann ist der Höhepunkt der Anaesthetie erreicht, dann kann mit aller Ruhe operiert werden, gleichviel ob es sich um Vorder- oder Mahlzähne handelt, ob um den Ober- oder Unterkiefer. In der kleinen Chirurgie, bei der Exstirpation von Fibromen, Atheromen etc., bei Ausschabungen u. s. w. hat sich das Gemisch ebenfalls als souveränes Localanaestheticum erwiesen. Die Herstellung geschieht in der Weise, dass eine 2%ige  $\beta$  Eucain- und eine 1%ige Stovain-Kochsalzlösung im Verhältniss 3:1 gemischt und in Jenenser Ampullen gefüllt und gekocht werden. Von der 1prom. Adrenalinlösung kommen dann 2 Tropfen = 0,1 g pro cem auf die noch der Kochhitze nahe Mischung, dann werden die Ampullen verschmolzen und die sterile und dauerhafte Mischung ist gebrauchsfertig. Bei der Anwendung bricht man die dünne Glasspitze mit dem durch ein wenig Watte geschützten Finger ab, führt die Canüle der Pravazspritze in die Ampulle und füllt die Spritze durch Anziehen des Kolbens, wobei die Oeffnung der Ampulle abwärts gehalten werden kann, ohne dass ein Tropfen herausfließt. Autor hat solche Ampullen seit drei Monaten vorrätig; eine Veränderung ist nicht eingetreten. Das Präparat wird von der Chem. Fabrik J. D. Riedel (Berlin) kostenlos zu Versuchszwecken versandt.

(Allgem. med. Central-Ztg. 1906 No 13.)

### **Antisepsis, Asepsis, Desinfection. Der erste Ver-**

**band auf dem Schlachtfelde und die Bakterienarretierung,** so lautet eine Arbeit von Dr. W. v. Oettingen (Berlin), in der er etwa Folgendes ausführt. Unsere Hauptaufgabe ist nicht, die Bakterien in der Wunde zu tödten, sondern 1. die Bakterien abzuleiten (durch aufsaugende Verbandstoffe) und 2. weitere Bakterien von der Wunde fernzuhalten. Das Unterlassen der primären Wunddesinfection wird wohl in den Kriegen der Zukunft stets geübt werden; eine unvollkommene Reinigung nützt nichts, eine vollkommene ist nicht durchführbar. „Je weniger an einer Wunde geschieht, desto besser für den Kranken“ (v. Bergmann). Also das Fernhalten der Bakterien von der Wunde bildet den Kernpunkt der Sache. Zu diesem Zwecke ersann Autor eine Methode, die er in hundert von Fällen im russisch-japanischen Kriege mit Erfolg anwenden konnte. Bei seiner Ausreise versah er sich mit einigen Litern seiner Mastixlösung (s. folg. Seite), und

vor den Schlachten wurden Tausende quadratischer Mullwatteverbände (10:10 cm) in Pergamentpapier sterilisirt. Die Verwundeten kamen unverbunden oder nur mit Nothverband versehen. Die Umgebung der Wunde wurde nun nie gewaschen, rasirt oder desinficirt, sondern nur mit der Harzlösung im Umkreise eines Handtellers bestrichen; dann wurde ein Wattebausch auf die Wundgegend gethan; er haftete sofort unverschieblich fest und wurde noch mit einer Binde fixirt. Hierdurch wurde erreicht, dass alle Bakterien der Umgebung *arretirt* wurden, da die klebende Harzlösung erstens ein Wandern der Bakterien in die Wunde verhindert und zweitens jede Verschiebung des Bausches unmöglich macht. Diese Methode verbindet Zweckmässigkeit mit Schnelligkeit, sie ist auch in der Hand von Laien leicht und rasch ausführbar, vollkommen unschädlich und hat die Eigenschaft, die Finger ganz auszuschalten. Die Flüssigkeit wird mit dem Pinsel, der am Gummipropfen der Blechflasche hängt, aufgetragen, und die Bäusche sind in der Pergamenthülse so verpackt, dass sie nur von der einen Seite gefasst werden könnten. Als beste Lösung hat sich nun erwiesen:

Mastich. 20,0

Chloroform. 50,0

Ol. lin. gtt. XX.

Mit dieser Lösung kann man auch sehr gut *Extensionsverbände* machen.

(Centralblatt f. Chirurgie 1906 No. 13.)

- **Ein neuer Vorschlag zur Erzielung keimfreier Operationswunden** wird von Prof. A. Döderlein (Univers.-Frauenklinik Tübingen) gemacht. Auch bei kurzdauernden Bauchhöhlenoperationen fand er trotz Einschaltung aller modernen Hilfsmittel wie Gummihandschuhe, Gesichtsmaske u. s. w. stets einen reichlichen Bakteriengehalt der Bauchwunde und Bauchhöhle, ein keimfreies Operiren war nicht möglich gewesen, trotz aller Vorsichtsmaassregeln waren die Bakterien aus dem Operationsgebiet nicht verschwunden: Das musste an der Haut des Operationsgebietes liegen, und Autor bestrebte sich, hier den Hebel anzulegen. Das Verfahren, das ihn endlich das erstrebte Ziel erreichen liess, besteht in Folgendem: Mittels eines besonderen Apparates wird auf die Haut des Operationsgebietes (bei Laparotomien auf die Bauchhaut und die angrenzenden Parthien der Oberschenkel) eine dünne Schicht einer aus *bestem* Paragummi, Formalinbenzin und Formalinäther

hergestellten Flüssigkeit aufgetragen, aus der in wenigen Minuten durch Verdunstung des Benzins und Aethers eine unsichtbare, dünne Gummimembran entsteht, die mit ihrer Unterlage fest verbunden ist. Nach dem Trocknen wird die ganze Oberfläche mit sterilisirtem Talcum bestreut, wodurch die Gummidecke ihre Klebrigkeit verliert. Nach dem Abkehren des Talcums mittels sterilen Pinsels ist die Haut mit einer dünnen, glatten, festhaftenden Membran überzogen. Vor dem Auftragen der Gummilösung muss aber die Haut präparirt werden. Zweckentsprechend erwies sich dazu Abreiben und Bürsten der Haut mit Jodbenzin 1:1000 oder Formalinbenzin 1:100. Am allerbesten bewährte sich jedoch reine Jodtinctur; in 1—2 Minuten nach Auftragen derselben ist die Haut ganz trocken und kann nunmehr „gummirt“ werden. Die Reinigung der Haut geschieht am besten am Tage vor der Operation durch Bad, Abseifen, Rasiren. Vor der Operation selbst wird nur mit Jod- oder Formalinbenzin abgerieben, Jodtinctur aufgepinselt und sodann die Gummidecke erzeugt. Die jetzt am Schluss der Operation abgenommenen Proben von den verschiedenen Theilen des Operationsgebietes werden dieselbe Keimfreiheit ergeben, wie die am Anfang abgenommenen, d. h. *es ist nunmehr eine Gewähr für Keimfreiheit der Operationswunden geleistet, und zwar dadurch, dass das Hautgebiet des Operationsfeldes durch eine an Ort und Stelle erzeugte Gummihaut an der Abgabe von Keimen an das Operationsgebiet verhindert worden ist.*

(Deutsche med. Wochenschrift 1906 No. 15.)

- **Ueber den Desinfectionswerth des Formamints** hat Dr. Rheinboldt (Kissingen) im Patholog. Institut der Universität Berlin Untersuchungen angestellt. Dieselben ergaben, dass die Formaminttabletten eine ausgezeichnete desinfectorische und keimtödtende Wirkung auf den Speichel ausüben und infolgedessen überall da indicirt sind, wo es sich darum handelt, örtlich im Bereiche der vom Speichel bespülbaren Theile des Mundes und Pharynx keimtödtend zu wirken.

(Ibidem.)

- **Ein Instrument zur aseptischen Einführung von weichen Kathetern** gibt Dr. R. Bloch (Prag) an. Senkrecht zu einer Pincette, deren Klemmbacken so gebaut sind, dass der Katheter durch das Erfassen und Zusammendrücken nicht beschädigt werden kann, und dass seine Führung seitlich gesichert ist, ist ein Tragarm für den Katheter



angelenkt, welcher durch eine Drehung gegen die Pincette umgelegt werden kann. Vor dem Gebrauche wird der aufgestellte Tragarm sammt dem mit dem Katheter in Berührung kommenden Theil der Pincette mehrmals durch die Flamme gezogen, wodurch alle Keime mit Sicherheit abgetödtet werden. Mit der ausgekühlten Pincette wird dann der Katheter in einigem Abstand vom Auge erfasst und sein mittlerer Theil auf den mit einem Bügel versehenen Tragarm aufgelagert. Hierauf wird der vordere Abschnitt des Katheters in ein Gleitmittel eingetaucht, in die Harnröhre eingeführt und in dieser mittels der den Penis haltenden Hand fixirt. Bei nachgelassenem Fingerdruck wird dann die Pincette entlang dem aussen befindlichen Theil des Katheters zurückgeschoben, neuerdings zusammengedrückt und vorgeschoben, bis der Katheter zu der gewünschten Stelle vorgedrungen ist. Das Instrument („Katheterpincette“), von Goltsch & Co. in Feuerbach-Stuttgart hergestellt, eignet sich auch für Selbstkatheterisation und ist so billig, dass es auch für die Kassenpraxis Verwendung finden kann.

(Prager med. Wochenschrift 1906 No. 15.)

### **Basedow'sche Krankheit. Die Therapie der B.**

spricht Prof. Dr. H. Schlesinger (Wien). Hat man es *im Beginne des Leidens* mit rapidem Gewichtsverlust des Pat. zu thun, so müssen vorerst alle Schädlichkeiten, welche die Weiterentwicklung des Krankheitsprocesses bedingen, nach Möglichkeit vermieden werden. Medicationen, welche das Körpergewicht und die Schilddrüse ungünstig beeinflussen könnten, wie Jodpräparate, Thyreoidea- und Ovarialtabletten (s. S. 437) sind unverzüglich auszusetzen. Das Rauchen soll stark eingeschränkt, auch der Genuss geistiger Getränke bis auf geringe Quantitäten Bier verboten werden. Der Pat. soll liegen und möglichst reichlich unter Vermeidung schwerer und blähender Speisen ernährt werden. Reichliche Milchzufuhr ist zumeist erforderlich. Möglichst Liegecur im Freien. Milde hydiatische Proceuren sind sehr zweckmässig: Lauwarme Bäder mit kühleren Nackenübergießungen, Einwickelungen des Körpers mit in lauwarmes Wasser getauchten Tüchern, Theilwaschungen und Theilwickelungen, Shepman'scher Schlauch, täglich mehrere Stunden über der Wirbelsäule getragen u. s. w. In diesem Stadium soll auch schon mit der Galvanisation begonnen werden. Oft gelingt es, durch eine derartige combinirte Behandlung auch bei alarmirendem Beginne der

Erkrankung dem Kräfteverfalle und der allgemeinen Schwäche zu steuern. Das acute Anfangsstadium der B. ist gar nicht so selten. Sehr beachtenswerth ist, dass Autor bereits zweimal nach dem internen Gebrauche von Ovarialtabletten, 3—4 mal nach der Einnahme von Thyreoidea Fälle von B. mit besonders schwerem und acutem Beginne gesehen hat. Bei der *Behandlung der ausgesprochenen Krankheit* sind neuere Methoden zunächst zu erwähnen, die auch Autor versucht hat. So hat er die Pat. durch Monate hindurch Milch thyreoideotomirter Ziegen trinken lassen. Der Allgemeinzustand der Kranken wurde zumeist etwas besser, die Basedowsymptome änderten sich aber nicht wesentlich. Dazu kommt noch der Uebelstand, dass die thyreoideotomirten Ziegen bald weniger Milch liefern und dass die Milchsecretion oft wenige Wochen nach der Operation versiegt. Auch Rhodagen liess in Bezug auf den Effect im Stich und ist dabei recht kostspielig. Von viel grösserem Werthe ist das Antithyreoidin-Möbius. Autor hat es wiederholt angewendet und meist 3—5 g als Tagesdosis (in Wein) verordnet; mehrmals gab er es nur jeden zweiten Tag, einige Male täglich, liess aber zumeist nach dem Verbrauche von 4—5 Fläschchen eine längere Pause eintreten. In allen Fällen wurde der Allgemeinzustand rasch besser, die Pulsfrequenz sank, die subjectiven Beschwerden gingen rasch zurück, der Halsumfang nahm ab und das Körpergewicht stieg. Unangenehme Nebenerscheinungen zeigten sich nicht. Leider ist auch dies Mittel theuer. Was nun die operative Entfernung der erkrankten Schilddrüse anbelangt, so kann man diesem Eingriff nur ausnahmsweise das Wort reden. Die Zahl der Besserungen ist ja eine grosse, aber auch die Zahl der Todesfälle ist keine geringe, die Operation ist doch immerhin gefährlich und die Gefahren stehen in keinem Verhältnisse zu dem Heilungsprocentsatz. Die Operation ist aber anzurathen in den Fällen, in welchen die Krankheit völlige Erwerbsunfähigkeit hervorruft, in welchen der Pat. die Beseitigung des Leidens wünscht, selbst wenn er die Gefahren der Operation kennt. Sind einzelne besonders schwere Erscheinungen vorhanden, wie sehr starker Exophthalmus mit drohender Keratitis, sehr grosse Strama, beginnende Kachexie, schreiten die Symptome trotz entsprechender interner Therapie weiter fort, so ist ebenfalls eine Operation zweckmässig. Die Sympathicusresection ist ein recht unzuverlässiges Mittel. Autor hat mit Röntgenbestrahlung fünf Fälle behandelt. In allen stieg das Körper-

gewicht gewaltig an und zwar in kurzer Zeit, die B. wurde aber sonst nicht wesentlich beeinflusst. Immerhin muss das Resultat dazu ermutigen, bei B. mit erheblicher Abnahme des Körpergewichtes die Röntgenbehandlung der Strumen einzuleiten. Nun zu den älteren Behandlungsmethoden. Da sind nochmals die hydriatischen Prozeduren hervorzuheben. Eine leichte Kaltwassercur mit milden calmirenden Prozeduren und Vermeidung erregender Maassnahmen ist oft von wohlthätigstem Einflusse. Recht werthvoll ist die elektrische Behandlung, und zwar mit dem galvanischen Strome. In der Regel wird derselbe durch Schilddrüse, Sympathicus und Halsmark hindurchgeleitet, indem eine breitere Elektrode auf den Nacken aufgelegt wird, während die zweite Elektrode auf der Struma ruht, oder man legt beide Elektroden seitlich an den Hals in der Höhe der Schildknorpel an. Autor hat davon mehrfach eine entschieden günstige Beeinflussung der B. (Heruntergehen der Pulsfrequenz, Verkleinerung der Struma) beobachtet. Recht häufig hat Autor die Pat. elektrische Bäder (Zweizellen- oder Vierzellenbäder) brauchen lassen und mehrfach einen günstigen Einfluss auf das Leiden, Besserung einzelner Symptome (Durchfälle, Herzklopfen) gesehen. Aufenthalt an hochgelegenen Orten thut manchem Pat. recht gut, ebenso Aufenthalt in Seebädern (oder Seereisen). Aber die Seebäder sind nur dann von Nutzen, wenn nicht bei zu niedriger Wassertemperatur und nicht zu lange (höchstens einige Minuten!) gebadet wird, da jede stärkere Erregung und jeder intensivere Hautreiz die günstige Wirkung des Bades paralysirt. Mässige Bewegung ist den Pat. erlaubt, forcirte Märsche und anstrengende Gebirgswanderungen aber hinterlassen oft fatale Zustände. Die medicamentöse Behandlung der B. hat eigentlich recht geringe Erfolge aufzuweisen. Ja einzelne öfters angewandte Mittel wirken direct schädlich: so die Thyreoidea- und Ovarinpräparate, ebenso Jod. Thymuspräparate scheinen unschädlich zu sein, bringen freilich auch keinen grossen Nutzen. Auch Digitalis und Strophanthus werden meist unnöthig verordnet, da sie nur bei deutlicher Herzschwäche Effect ausüben. Von ausgesprochen günstigem Einfluss sind nur Phosphor, Arsen, Strychnin, China und event. Eisen. Phosphor wurde von Kocher empfohlen, und auch Autor glaubt öfters davon Erfolge gesehen zu haben. Er giebt ihn entweder in Pillen ( $\frac{1}{2}$  mg pro Pille, 2 Stück täglich) oder Phosphor 0,01 in Ol. jecor. asell. (oder Lipanin) 100,0, 1—2mal täglich 1 Kaffeelöffel). Von



den Arsenpräparaten bevorzugt Autor seit Jahren die Kakodylpräparate wegen der relativen Ungiftigkeit bei hohem Arsengehalte. Sehr gern verwendet er Atoxyl in Form von Injectionen (10—20%ige wässrige Lösung, jeden zweiten Tag eine Pravazspritze intramuscular). Bei anaemischen Pat. kann mit Vortheil das Ferrum cacodylicum („Marsyl“ Clin) verwendet werden, doch räth Autor dringend, es nur per os, ja nicht subcutan zu geben, da es hierbei recht schmerzhaft ist; man giebt 1—2 cg pro Tag in Pillen oder wässriger Lösung. Strychnin verordnet Autor mit Vorliebe als Tinctur oder Extract längere Zeit, am liebsten in Combination mit einem Chinapräparate, z. B.

Rp. Extr. Strychn. 0,4  
 Chinin. mur. 1,5  
 Extr. centaur. 2,0  
 Pulv. et Extr. Tarax. q. s.  
 ut. f. pill. No. 50.  
 S. 3mal tägl. eine Pille.

Recht oft muss man bei Erregungszuständen Brom ordiniren. Autor bedient sich dann gern folgender Mischung:

Rp. Ammon. brom. 0,2  
 Natr. brom. 1,0  
 Codein. phosphoric. 0,01  
 D. tal. dos. No. X.  
 S. 3mal tägl. ein Pulver.

(Wiener klin. Rundschau 1906 Nr. 17.)

— Einen **Beitrag zur Behandlung der B. mit Antithyreoidin**

**Möbius** liefert Dr. Heinze (Sanatorium Beelitz). Es wurden sechs Fälle mit dem Merck'schen Präparat behandelt. In zwei Fällen begann man mit dreimal zehn Tropfen, in einem Fall mit dreimal 20 Tropfen täglich per os in Rothwein, bis zur täglichen Maximaldosis von dreimal 30 Tropfen steigend; in zwei weiteren Fällen wurde gleich mit dreimal 30 Tropfen angefangen und diese Dosirung bis zu Ende dieser Cur beibehalten, im letzten Falle bis zu viermal 30 Tropfen gestiegen. Die Resultate waren nicht zufriedenstellend. In drei Fällen gar kein Erfolg, zweimal nur Besserung im subjectiven Befinden, einmal Abnahme des Halsumfangs um einen cm. Aber auch diese geringen Besserungen schreibt Autor mehr des sonstigen Therapie (Ruhe, Ernährung, Hydrotherapie) zu.

(Deutsche med. Wochenschrift 1906 No. 13.)

### **Combustio. Ueber die Behandlung von Brandwunden mit**

**Zinkperhydrol** äussert sich Dr. R. Jacoby (Berlin) sehr rühmend. Bei frischen Brandwunden wurden die heftigen Schmerzen sofort nach Anlegung des Verbandes gelindert, die Wunden heilten in einigen Tagen tadellos ab, nie kam es zu Eiterungen an den Wunden oder zu Reizungszuständen in der Umgebung. Auch ältere Brandwunden zeigten nach einigen Tagen ein sehr günstiges Bild und heilten ähnlich den frischen in kurzer Zeit. Das Zinkperhydrol hat entschieden austrocknende und desinficirende Wirkung. Autor empfiehlt folgende Anwendungsformen:

Rp. Zinkperhydrol. Merck. 5,0  
Talc. venet. 20,0  
M. f. pulv.

Rp. Zinkperhydrol. Merck. 5,0  
Vaselin. flav. 20,0  
M. f. ung.

(Therap. Monatshefte, Dezember 1905.)

### **Diabetes. Ueber eine bisher nicht beachtete Quelle der**

**alimentären Pentosurie** berichtet Prof. Dr. R. v. Jaksch (Prag) anlässlich der Beobachtung eines typischen Falles von chronischer Pentosurie, welcher durch Jahre von verschiedenen Aerzten als D. angesehen wurde. Autor will besonders darauf aufmerksam machen, dass die jetzt so beliebten *alkoholfreien Fruchtsäfte reich an Pentosen* sind, und lässt sich wie folgt aus: „Lässt man Gesunde oder Kranke, deren Harn absolut frei von Kohlehydraten sind, 1—1½ Liter eines solchen Fruchtsaftes, in meinem Falle Aepfelsaft, trinken, so zeigt nun der danach entleerte Harn die Trommer'sche und Nylander'sche Probe, er zeigt mit Hefe keine Gährung, giebt aber in exquisiter Weise die so verlässliche Tollens'sche Pentosenprobe, und liefert, mit Phenylhydracin behandelt, ein Osazon. Der Harn enthält demnach jetzt Pentose. Es tritt also nach dem Genuss solcher Fruchtsäfte eine alimentäre Pentosurie auf. Diese alimentäre Pentosurie hält mindestens 24 Stunden an, d. h. noch 24 Stunden nach Einnahme der letzten Portion Fruchtsaftes lässt sich Pentose im Harn nachweisen. Da ein solcher Befund, falls der Arzt nur die Trommer'sche und Nylander'sche Probe, nicht auch die Gährungsprobe verwendet, ihn zu der falschen Anschauung verleiten kann, dass eine Glukosurie

vorliegt, so ergibt sich aus diesen Beobachtungen die wichtige Regel für den Praktiker:

1. Bei anscheinend vorhandenem Zucker im Harn die Anamnese dahin zu ergänzen, ob der Untersuchte Fruchtsäfte genossen hat,

2. weiter bei solchen Fällen dann stets die Gährungsprobe und die Probe von Tollens zu verwenden.

Bleibt die Gährungsprobe negativ, tritt dagegen Tollens' Probe positiv auf, so handelt es sich um eine in diesem Falle belanglose alimentäre Pentosurie, welche durchaus keine Contraindication gegen die Verwendung derartiger Fruchtsäfte als Genussmittel und als Getränk für Kranke abgibt. Die erwähnte Beobachtung, in welcher der Betreffende als Diabetiker angesehen wurde, ferner die hier beschriebene, bis nun nicht gewürdigte Form der alimentären Pentosurie veranlasst mich zu der dringenden Mahnung an die Collegen, auch die Verwendung der so einfachen Gährungsprobe zum Nachweise der Hexosen im Harn, deren Vorkommen im Harn eine ungleich grössere pathologische Bedeutung hat als das Vorkommen von Pentosen, niemals zu vergessen.<sup>64</sup>

(Centralblatt f. innere Medicin 1906 No. 6.)

— **Ueber die Behandlung des D. insipidus mit Strychnin-injectionen** berichtet Dr. L. v. Kétly (II. medic. Klinik Budapest). Es wurden vier Fälle von idiopathischem D. insipidus so behandelt; einer mit negativem Resultat, drei mit recht befriedigendem, da bei zwei erhebliche Besserung, bei einem direct Heilung erzielt wurde. Es ist demnach angezeigt, das Strychnin. nitr. beim D. insipidus auch weiterhin zu versuchen, und zwar in Form von Injectionen. mit  $\frac{1}{10}$  mg anzufangen und jeden zweiten Tag um  $\frac{1}{10}$  mg zu steigern bis 0,01g.

(Die Therapie der Gegenwart, März 1906.)

### **Diphtherie. Ueber die gegenwärtige Diphtheriebehandlung**

lässt sich Prof. Dr. Bourget (Medic. Klinik, Lausanne) aus. Als die Serumtherapie sich einbürgerte, wurden alle anderen Behandlungsmethoden bei Seite gelassen, die locale Therapie gänzlich vernachlässigt. Autor injicirte natürlich auch das Serum. Aber es kam zuweilen vor, dass die Injection aus irgend einem Grunde aufgeschoben oder gar nicht ausgeführt wurde (Nierenaffectionen!). Und da sah Autor, dass bei einfacher Pinselung und Reinigung von Pharynx und Nase Heilung eintrat, von

einem Tage zum anderen eine vollständige Veränderung des Belages sich einstellte, sodass man, falls injicirt worden wäre, diesen Umschwung zweifellos dem Serum zugeschoben haben würde. Allmählich schrieb Autor der örtlichen Behandlung wieder grössere Bedeutung zu und reservirte die Injection für die schwereren Fälle, und im Laufe der Zeit wurden immer weniger Fälle injicirt, und trotzdem heilten die Fälle auch. Beim Eintritt in die Klinik wird sofort eine Pinselung des kranken Rachens mit folgender Lösung vorgenommen;

Rp. Liq. ferri. sesquichlor.

Alumin. crud. pulv.

Acid. boric. aa 2,0

Glycerin. 20,0

Die Reinigung geschieht so vollkommen wie möglich mittels kleiner an Holzstäbchen befestigter Wattetampons. So nimmt man jedesmal fünf oder sechs Pinselungen vor und so oft es nothwendig ist, dass Gaumenbogen und Mandeln sorgfältigst gereinigt werden. Einige Minuten hinterher gurgelt der Pat. mit:

Rp. Tct. Ratanh.

Tct. Guajaci aa 50,0

M. D. S. 2 Kaffeelöffel in

einem Glase warmen Wassers.

So verfährt man alle zwei Stunden, in schweren Fällen jede Stunde. Nach kurzer Zeit auffallende Erleichterung des Zustandes, häufig Fallen der Temperatur schon am zweiten oder am dritten resp. am vierten Tage. In diesen Fällen wird kein Serum eingespritzt, ebensowenig wenn Abnahme der klinischen Symptome zu beobachten ist. Die bakteriologische Untersuchung ist nothwendig, aber sie bietet keinen Fingerzeig für die Prognose; Autor hat schwere Fälle gesehen mit sehr wenigen Löfflerbacillen und leichte Fälle, wo die Pseudomembranen von Bacillen strötzen. Bei der Prognose muss man sich vor allem auf die klinischen Symptome stützen. Autor will die Serumtherapie durchaus nicht in Misscredit bringen, aber er betont, dass die Frage bezüglich der Specificität dieses Serums durchaus nicht entschieden ist; ja er steht nicht an zu behaupten, dass das Diphtherieserum die ihm zugeschriebenen specifischen heilenden Eigenschaften nicht besitzt. Man darf daher die übrige Therapie nicht so vernachlässigen, wie es meist geschieht.

(Therap. Monatshefte, Januar 1906.)



- **Betreffs Uebertragung von D. durch dritte Personen** publicirt Dr. P. Sittler (Univers.-Kinderklinik, Strassburg) zwei Beobachtungen. In dem einen Falle handelte es sich um Uebertragung durch ein gesund bleibendes Kind auf seine Mutter. Ein zweijähriges Kind, mit Scharlach aufgenommen, wird gegen D. durch Serum geschützt. Ein neben ihm liegendes Kind erkrankt an D. Das injicirte Kind bleibt gesund und wird entlassen, inficirt dann zu Haus seine Mutter, die an typischer D. erkrankte. Der Fall zeigt wieder, dass ein immunisirtes Kind mit dem Eintritt der Immunität nicht die Fähigkeit verliert, andere Personen mit den event. in seinen Luftwegen persistirenden Bacillen zu inficiren. Im zweiten Falle fand Uebertragung von der Brustwarze einer stillenden Mutter auf den Säugling statt. Ein zweijähriges Kind wird nach überstandener D. nach Haus entlassen, wo die Mutter nach einigen Tagen niederkommt. Einige Tage darauf entsteht auf einer Brustwarze eine Schrunde. Das Neugeborene wird weiter gestillt und acquirirt eine schwere D., an der es stirbt. Die Mutter bleibt gesund, etwas von der Schrunde entnommener Eiter enthält typische Diphtheriebacillen.

(Münchener med. Wochenschrift 1906 Nr. 18.)

### **Haemorrhoiden. Nebennieren-Präparate gegen H.**

empfiehlt Dr. K. Schawerda (Wien). Er schreibt: „Bei den nach Entbindungen oft auftretenden Haemorrhoidalbeschwerden verwendete ich immer mit grossem, auffälligem Erfolge und sofortigem Nachlassen der lästigen Beschwerden Suprarenin oder Adrenalin Clin. Ein öfteres Bestreichen der schmerzenden Stellen mit einer aus 20 Tropfen einer 1% Lösung und 10 g Ringolin oder Vaseline etc. bestehenden Salbe befreite die Kranken in kurzer Zeit von ihren Schmerzen und verursachte ein sichtbares Kleinerwerden der Haemorrhoidalknoten. Das lästige Jucken wurde auch auf unübertreffliche Weise durch Unguentum Zymoidin Rosenberg behoben, nie aber wurde von mir durch dieses im Arzneischatz unentbehrlich gewordene Mittel ein Kleinerwerden der Knoten beobachtet, wie dies bei den Nebennierenpräparaten der Fall ist. Bei einem Falle von entzündeten, prolabierten, wallnussgrossen Knoten konnte in einigen Tagen eine bedeutende Abnahme des Tumors constatirt werden. Der prolabierte Theil wurde ganz weich und konnte sehr leicht

reponirt werden. Ich habe bis jetzt obige Präparate wohl für Darmblutungen gelobt gefunden, doch keine Erwähnung in der Therapie der Haemorrhoiden gelesen.“

(Wiener klinisch-therap. Wochenchrift 1906 No. 1.)

## **Magen- und Darmkatarrhe. Zur Diagnose und**

**Therapie des chronischen Dickdarmkatarrhs** ergreift Dr. W. Zweig (Kaiser Franz Joseph-Ambulatorium in Wien) das Wort. Die Diagnose des chron. Dickdarmkatarrhs resultirt aus der Untersuchung des Stuhlganges und der *Probedarmspülung*. Auch in der letzteren besitzen wir eine werthvolle Methode, um rasch, event. in der Sprechstunde die Diagnose zu stellen. Durch makroskopische und mikroskopische Untersuchung des bei der Probespülung erhaltenen Spül-Wassers sind wir im Stande, pathologische Beimengungen aus den unteren Darmparthieen, wie Schleim, Blut, Eiter u. s. w. zu erkennen. Die von Boas für die Ausführung der Probespülung geltende Vorschrift lautet folgendermaassen: Man führt einen 70—80 cm langen Schlauch, der wie bei dem Magenspülapparat mit einem Gummischlauch und grossem Trichter verbunden ist, in den Anus des in Seitenlage befindlichen Pat. ein, füllt den hochgehaltenen Trichter mit  $\frac{1}{2}$  Lit. Wasser, senkt denselben und betrachtet nun das durch Heberwirkung herausfliessende Wasser, das man in geeigneten Gefässen zu weiteren Untersuchungen verwendet. Normaliter fliesst bei diesem Verfahren das Wasser klar oder mit kleinen Kothpartikelchen vermengt ab, bei Dickdarmkatarrh findet man im Spülwasser mehr oder weniger reichliche Mengen von Schleim etc. Ulceröse Processe lassen sich durch die Probespülung leicht infolge des Gehaltes von Blut und Eiter im Spül-Wasser diagnosticiren. Das Verfahren hat nun aber auch gewisse Mängel. So geschieht es häufig, dass mit dem Spülwasser Luft in das Rectum gelangt, die beim Senken des Trichters verhindert, dass das Wasser wieder zum Vorschein kommt, oder es legen sich vor die Oeffnung des Darmrohres Stuhlbröckel an, man muss dann den Schlauch herausziehen, reinigen und nochmals einführen. Wenn man auch die Probespülung erst nach dem Stuhlgang (am besten 2—3 Stunden danach) vornehmen soll, so können trotzdem Kothpartikelchen vorhanden sein. Dazu kommt die mangelhafte Reinigung der Gummischläuche, die event. Gefahr der Uebertragung von Krankheits-Keimen bei gemeinschaftlicher Benutzung u. s. w. Zur Vermeidung

dieser Uebelstände hat Autor einen *Probespülapparat aus dickem Glas* verfertigen lassen. „In den After wird ein mit Vaseline eingefettetes Glasrohr eingeführt, das sehr dickwandig sein muss, an seinem oberen Ende stumpf abgerundet endet, und in einer Entfernung von 2—3 cm vom Ende zwei ovale einander gerade gegenüber gestellte Oeffnungen besitzt (a und b). Der Länge nach läuft im Glasrohr eine Scheidewand (c), welche das Rohr in zwei miteinander nicht communicirende Hälften theilt. Die eine Hälfte des Glasrohres steht mit einem Schlauch und Trichter in Verbindung, welche zur Zuleitung des Wassers dienen, während die andere Hälfte mit einem kurzen Gummischlauch verbunden ist und das abfließende Wasser in ein darunter gestelltes Glasgefäß leitet. Die Probespülung wird nun in der folgenden Weise vorgenommen: der Patient, der vor der Untersuchung bereits eine Stuhlentleerung gehabt haben muss, wird in linke Seitenlage gebracht, hierauf das Glasrohr gut eingefettet in den Anus eingeführt und dasselbe vom Patienten mit der Hand fixirt. Der Untersucher schüttet in den hochoberhobenen Trichter  $\frac{1}{2}$  Lit. Wasser, worauf unter gurrenden Geräuschen die in dem Apparate circulirende Luft durch a in das Rectum und von diesem aus durch b in das Abflussrohr entweicht. Nun folgt das Spülwasser nach, bespült das Rectum und verlässt durch b dasselbe wieder, um in das bereitstehende Glasgefäß zu laufen. Es wird nun continuirlich in den erhobenen Trichter Wasser nachgefüllt, bis man eine gründliche Spülung des Rectum erzielt hat. Ein Verlegen der Oeffnungen des Glasrohres mit Koth kann nicht eintreten, da das nachfließende Wasser die Kothpartikelchen in wirbelnder Bewegung erhält und von den Oeffnungen entfernt hält. Die Einführung des Glasrohres ist ebenso schmerzlos, wie die eines Gummirohres, ein Zerbrechen bei den dicken Wandungen des Glases und bei halbwegs vorsichtiger Hantirung wohl ausgeschlossen. Will man nicht nur das Rectum, sondern auch das S-Romanum bespülen, so braucht man bloss an dem abführenden Gummirohr eine Klemme anzubringen, dann kann das Wasser nicht so rasch abfließen, sondern muss in den höheren Dickdarmabschnitten circuliren, dann lässt man die Klemme los, worauf das Wasser aus dem S-Romanum durch Oeffnung b in das untenstehende Glasgefäß stürzt. Besonders wichtig ist diese Abklemmung des absteigenden Gummi-Schlauches, wenn man zu therapeutischen Zwecken das Spülwasser mit verschiedenen

Medicamenten versetzt und einen längeren Contact derselben mit der Dickdarmschleimhaut wünscht. Es ist wohl überflüssig zu erwähnen, wie leicht das Glasrohr vollständig zu reinigen und zu desinficiren ist\*). Die Bedeutung dieses Probespülapparates liegt nicht bloss in der diagnostischen Verwerthung des Spülwassers, sondern in erster Linie in der Möglichkeit, die erkrankte Dickdarmschleimhaut mit Medicamenten verschiedener Art in innigen Contact zu bringen. Ich gehe bei der Behandlung des chronischen Dickdarmkatarrhs in der Weise vor, dass ich zunächst den Darm mit warmem Kamillenthee gründlich reinige, was durch die mit meinem Apparat mögliche permanente Irrigation leicht gelingt. Dann bringt man in den Glastrichter das medicamentöse Mittel, lässt dasselbe in den Dickdarm einlaufen, währenddem das abführende Gummirohr abgeklemmt bleibt. Auf diese Weise bleiben die Medicamente je nach Bedarf verschieden lange Zeit mit der Dickdarmschleimhaut in Contact, worauf schliesslich die Klemme gelöst wird und das Medicament abläuft. Was die Art des Medicamentes betrifft, das ich bei chronischem Dickdarmkatarrh mit reichlicher Schleimbildung anwende, so erwähne ich gleich, dass ich von den ehemals so beliebten Tannin- und Argentum nitricum-Spülungen vollkommen Abstand nehme. Man sieht nur zu häufig, dass selbst bei schwachen derartigen Lösungen der Katarrh verschlimmert wird und die bis dahin gelatinösen Schleimmassen direct membranös werden. Ich schliesse an die Kamillenreinigung des Dickdarms eine energische Bespülung mit antiseptischen oder schleimlösenden Mitteln. Als antiseptische Mittel werden gebraucht: Borsäure, Natrium salicylicum, Thymol, Lysol, ein Thee-Löffel auf einen Liter warmen Wassers, schleimlösend wirken Karlsbader Wasser, Aqua calcis, Natriumbicarbonat, Natriumacetat, ein Kinderlöffel auf einen Liter Wasser. Hochsitzende Haemorrhoiden, welche zu Blutungen neigen, werden mit Eiswasserirrigatoren mit meinem Spülapparat sehr günstig beeinflusst.“

(Die Therapie der Gegenwart, April 1906.)

- **Ueber die Wechselbeziehungen zwischen Herz- und Magen-darmleiden** lässt sich Prof. Dr. Ad. Schmidt (Dresden) aus. Es ist eine bekannte Thatsache, dass der Magen und Darm unter der allgemeinen Blutstauung bei Insufficienz der Herzthätigkeit verhältnissmässig wenig zu leiden haben,

\*) Käuflisch bei Wojtacek, Wien IX, Frankgasse 10.

viel weniger jedenfalls, als Leber und Nieren. Sie verdanken das der Vorschaltung des Pfortadercapillarsystems, welches hier gewissermaassen als Puffer dient, derart, dass sich die Blutstauung nicht sofort über dasselbe nach rückwärts bis in das Capillargebiet des Verdauungsschlauches hinein erstreckt. Dem entspricht es, dass die secretorische und motorische Thätigkeit des Magens bei Stauungen im grossen Kreislaufe keine Abweichungen von der Norm erkennen lassen, nur bei hochgradigen und langdauernden Circulationsstörungen findet man gelegentlich verminderte HCl-Ausscheidung, in Bezug auf den Darm vielleicht geringe Beeinträchtigung der Resorption von Fetten u. dgl. Im auffallenden Gegensatze zu diesen objectiven Merkmalen sind die subjectiven Klagen der Pat. über Verdauungsbeschwerden oft sehr erheblich, ja sie können so sehr in den Vordergrund treten, dass das Grundleiden, die unzureichende Herzthätigkeit, erst durch genaue Untersuchung aufgedeckt wird. Beobachtet man diese Kranken genauer, so findet man allerdings doch wenigstens *eine* objective Grundlage ihrer unangenehmen Empfindungen oft deutlich ausgeprägt: die Anhäufung des Magens und Darmes mit Gas. Die Ursache dieser Erscheinung kann offenbar nicht in einer vermehrten Zersetzung der Ingesta gelegen sein — sonst würden die übrigen Functionen nicht in so gutem Zustande sein — sie haben vielmehr ihren Grund in einer mangelhaften Aufnahme der verschluckten und der während der Verdauung gebildeten Gase in die Blutgefässe. Offenbar ist der mangelhafte Abfluss des Venenblutes aus den Magen- und Darmgefässen schuld an der verringerten Resorption der Gase bei Herzleidenden, und wir dürfen also in der Gasansammlung ein feines Reagens der Blutstauung im Verdauungscanale erblicken, welches auch dann in die Erscheinung tritt, wenn anderweitige Störungen der Resorption noch fehlen. Man sollte diesem Symptom mehr Beachtung schenken, als es bisher geschehen ist, da es vielfach das erste und einzige Zeichen bildet. Bei Herzkranken ist es noch in anderer Beziehung von Bedeutung, insofern die Gasansammlung ihrerseits wieder auf die Herzthätigkeit in ungünstigem Sinne zurückwirkt und dadurch ein Circulus vitiosus gebildet wird. Die erwähnten Erscheinungen prägen sich natürlich in viel höherem Grade aus, wenn sich die Verdauungsorgane schon vorher nicht in normalem Zustande befanden. Blutstauung disponirt auf allen Schleimhäuten zur Entstehung

von Katarren, und die Section von Kranken mit Herzinsuffizienz deckt sehr häufig circumscripte oder diffuse Gastritiden und Enteritiden auf. Klinisch finden wir unter solchen Umständen natürlich schwerere Symptome, ganz besonders unstillbares Erbrechen und plötzlich einsetzenden Durchfall. Das Erbrechen kann event. das Krankheitsbild vollständig beherrschen. Die Durchfälle enthalten manchmal Blutbeimengungen, und zwar nicht bloss aus Haemorrhoidalknoten stammend; ja Autor hat einen Pat. an abundanter Darmblutung zu Grunde gehen sehen, ohne dass die Section etwas anderes als einen einfachen Stauungskatarrh des Darmes aufdeckte. — Wie steht es nun umgekehrt mit den Störungen der Herzthätigkeit im Gefolge von Magen- und Darmleiden? Solche kommen sehr selten vor, sie sind aber dafür desto alarmirender. Es lassen sich drei Haupterscheinungsformen gastrogener Herzstörungen aufstellen: 1. tachycardische und allorhythmische Zustände, 2. Angina pectoris-artige Zustände, und 3. das Asthma dyspepticum. Erstere, mit dem Gefühle starken Herzklopfens verbunden, kommen meist periodisch im Anschlusse an Diätfehler oder an die Nahrungsaufnahme bei bestehender Dyspepsie vor, seltener habituell, weniger stürmisch, aber schon nach geringfügigen Anlässen. Autor selbst hat nie eine typische paroxysmale Tachycardie von den Verdauungsorganen aus entstehen sehen, wohl aber häufig allorhythmische und arrhythmische Herzaction. Auch Bradycardie bei Verdauungsstörungen kommt vor. Das hervorstechendste Symptom der ebenfalls meist im Anschluss an eine Mahlzeit, gelegentlich aber auch bei leerem Magen auftretenden Herzneurose der zweiten Gruppe ist ein schweres Beklemmungs- resp. Angstgefühl, mit dem sich weiterhin Blässe, kleiner frequenter oder auch unregelmässiger Puls, Herzklopfen, Luftmangel und manche eigenthümlichen Gefühle verbinden. Das Asthma dyspepticum endlich heisst eigentlich zu Unrecht „Asthma“. Die Athemnoth ist in der Regel eine mehr subjectiv empfundene als eine objectiv nachweisbare, oder sie besteht in beschleunigten oberflächlichen Athemzügen. Fast immer gehen gewisse Herzerscheinungen damit Hand in Hand: Veränderungen der Schlagfolge des Herzens, kleiner Puls, Unregelmässigkeiten usw. Eine scharfe Sonderung der klinischen Erscheinungen in die einzelnen Gruppen ist freilich nicht durchführbar; sicher ist nur, dass eine Schädigung der Herzthätigkeit und zwar functioneller Natur die Basis



des Ganzen bildet. Wichtig ist die Frage, ob jene eigenthümlichen Störungen auch an einem völlig gesunden Herzen von den Verdauungsorganen ausgelöst werden können oder ob, wenn sie auftreten, das Herz schon vorher functionell oder organisch in irgend einer Weise afficirt war. Autor ist auf Grund seiner Erfahrungen der Ansicht, dass von den Verdauungsorganen ausgelöste Herzstörungen immer nur bei bereits vorhandenen organischen oder functionellen Schädigungen des Herzens auftreten; allerdings können auch vielleicht latente Herzneurosen durch Verdauungsstörungen manifest werden. — Was nun noch die Diagnose, Prognose und Therapie der geschilderten Zustände anbelangt, so stützt sich die Diagnose im wesentlichen auf den zeitlichen Zusammenhang der Herzerscheinungen und Verdauungsstörungen. Derselbe springt bei den periodisch resp. paroxysmal auftretenden Formen ohne Weiteres in die Augen, während er bei den chronisch-habituellen oft erst durch längere Beobachtung klargestellt wird. Die zu Grunde liegenden Verdauungsstörungen sind in der Regel leichter, functioneller Natur: Anomalien der Secretion, atonische Zustände, Magenneurosen. Fast nie fehlt die Auftreibung der oberen Bauchgegend durch Gas. Schwere organische Magenleiden kommen so gut wie gar nicht in Betracht. Daraus geht schon hervor, dass wahrscheinlich eine abnorme Empfindlichkeit des Magennervensystems im Spiel ist. Dasselbe gilt für das Herznervensystem, welches auch dann stets einer sorgfältigen Beobachtung unterzogen werden sollte, wenn deutliche Erscheinungen eines Herzleidens zunächst fehlen. Die Prognose ist, soweit functionelle Affectionen des Herzens in Frage kommen, eine günstige. Anders wo ein organisches Herzleiden besteht; hier kann eine den Magen oder Darm treffende Schädlichkeit unter Umständen auf reflectorischem Wege eine irreparable Schädigung der Herzthätigkeit auslösen. Die Therapie hat in erster Linie die Aufgabe, die Störungen der Verdauung zu beseitigen. Was die Gasansammlung anbelangt, so empfiehlt Autor besonders Faradisation und Massage der Bauchorgane. Stets muss aber auch gleichzeitig das Herz berücksichtigt werden, weshalb eine einleitende Bettbehandlung bei allen jenen Zuständen anzurathen ist. Durch Magensymptome verdeckte Herzleiden werden dadurch sehr günstig beeinflusst. In derartigen Fällen wirkt auch Digitalis, die dann event. per anum gegeben werden muss, besser als alle diaetetischen Vorschriften. Es müssen also unter



Umständen Magenstörungen vom Herzen und Herzstörungen vom Magen aus behandelt werden.

(Berliner klin. Wochenschrift 1906 No. 14.)

**Pemphigus.** Ueber den nichtsyphilitischen P. der Säuglinge lässt sich Dr. G. Kien (Kinderklinik der Universität Strassburg) aus und kommt zu folgenden Schlüssen:

1. Der acute P. muss zu den gefährlichsten Erkrankungen des Säuglingsalters gerechnet werden.
2. Der P. acutus idiopathicus der Säuglinge besitzt, sowohl im klinischen Bild, wie im Verlauf, in der Contagiosität, wie im bakteriologischen Befund des Blaseninhalts und des Blutes grosse Verwandtschaft mit dem P. der Neugeborenen.
3. Der P. symptomaticus der Säuglinge scheint ebenso übertragbar zu sein, wie der acute der Neugeborenen, und der bakteriologische Befund bei demselben ist der gleiche, wie bei jenem. Es dürfte aus diesem Grunde auch diese Pemphigusform zur acut contagiösen Form in näherer Beziehung stehen.

(Medicin. Klinik 1905 No. 56.)

**Pertussis.** Ueber Euehinin und Aristochin gegen Keuehhusten lässt sich Prof. Binz (Bonn) aus und empfiehlt diese Präparate für die Praxis. Euehinin hat er bei zwei Kindern, die sich bei ihm selbst aufhielten und die er also genau beobachten konnte, angewandt und konnte die eclatante Wirkung dieses Mittels auf den Keuehhusten selbst beobachten. Auch Aristochin ist ein empfehlenswerthes Keuehhustenmittel. Leider sind beide Präparate theuer, sodass sie für die ärmere Clientel kaum in Betracht kommen.

(Berliner klin. Wochenschrift 1906 No. 15.)

— Ein Fall von P. mit schweren Symptomen bei einem Erwachsenen wird von Dr. K. Classen (Grube) beschrieben. Ein kräftiger 40jähr. Mann bekam, nachdem er etwa 14 Tage an trockenem Husten gelitten hatte, plötzlich einen Erstickungsanfall: er fiel bewusstlos nieder, war blau im Gesicht, die Athmung schien für einige Secunden still zu stehen. Solche Anfälle wiederholten sich, Anfangs alle paar Tage, später mehrmals täglich und jede Nacht; sie begannen mit Hustenreiz und sogleich schwand das Bewusstsein. Die Untersuchung ergab nichts Positives. Die drei Kinder des Pat. litten zu gleicher Zeit an P.

Er erhielt Bromoform (Früh und Mittags 12. Abends 15 Tropfen), worauf die Anfälle seltener wurden. Aber das Leiden zog sich über zwei Monate hin, während es bei den Kindern leicht auftrat und rascher abließ. Die Mutter des Pat. gab an, dass letzterer schon als fünfjähriges Kind einmal P. gehabt habe, wobei auch einmal „Krämpfe“ (d. h. wohl ein Erstickungsanfall mit Bewusstlosigkeit) aufgetreten seien. Auch die jetzige Affection ist wohl zweifellos als P. anzusprechen, namentlich da alle sonstigen Krankheitserscheinungen fehlen.

(Deutsche med. Wochenschrift 1906 No. 16.)

### **Pes varus. Die Behandlung des angeborenen Klumpfusses**

beim Neugeborenen u. Säugling bespricht Dr. M. Haudek (Wien). Derselbe hat die Verfahren von Finck und v. Oettingen combinirt und etwas modificirt zur Anwendung gebracht und damit sehr gute Erfolge erzielt: manuell durchgeführtes Redressement und Fixirung des Resultates durch einen redressirenden Verband. Die Behandlung kann — ausser wenn das Kind besonders schwach ist — schon in den ersten Tagen nach der Geburt einsetzen und soll es auch, da eine möglichst frühzeitige radicale Beseitigung des Klumpfusses wünschenswerth ist. Die Redression erfolgt entweder auf einmal oder in einigen Etappen; letzteres ist als das schonendere Verfahren empfehlenswerther. Selbstverständlich müssen schon in der ersten Sitzung die hauptsächlichsten Hindernisse beseitigt und die Correctur soweit getrieben werden, dass der Fuss wenigstens in eine leichte Abductions- und Pronationsstellung gebracht werden kann. Die Correctur führt Autor mit Hilfe des modellirenden Redressements nach Lorenz aus. Bei demselben wird vorerst die Abduction des Vorfusses behoben, wobei man besonders bei ganz kleinen Kindern zur Vermeidung von Malleolenbrüchen Sprunggelenk und Ferse fest umfassen muss. Um das Einreissen der Haut an der concaven Seite möglichst zu vermeiden, wird die Haut dahin zusammengeschoben. Zur Beseitigung des Hohlfusses, der Inflexion, wird der vordere Abschnitt des Fusses gegen den hinteren aufgebogen; es wird hierbei der Vorderfuss kräftig in Dorsalflexion und Abduction gedrängt, bis die Sohlenfläche convex nach unten ausgebogen ist. Endlich wird die Correctur der Spitzfussstellung ausgeführt, indem man den Fersenhöcker mit den Fingern umfasst und die flache Hand auf die Sohlenfläche auflegt, um so den redressirenden,

gegen den Unterschenkel gerichteten Druck besser wirken lassen zu können. In der durch das Redressement erzielten Correcturstellung wird dann der Verband angelegt, der nun auch noch die Correctur der Innenrotation des Unterschenkels besorgen soll. Dies geschieht dadurch, dass der Verband bei rechtwinklig abgelenktem Knie angelegt wird. Man bedarf zum Verband einer 4—6 cm breiten und 2 m langen Barchent- oder Körperbinde, d. i. einer Binde aus einem auf einer Seite haarigem Stoff, sodann der Klebeflüssigkeit von folgender Zusammensetzung:

Terebinth. venet. 15,0  
 Colophon. 28,0  
 Mastich. 12,0  
 Resin. alb. 8,0  
 Spirit. (90%) 180,0  
 Aether. 20,0  
 Filtra.

Diese Flüssigkeit wird mittels Borstenpinsels auf die Haut aufgetragen. Der redressirte Fuss wird durch eine Hilfsperson in der corrigirten Stellung erhalten, indem diese mit der einen Hand den Oberschenkel in seinem oberen Drittel fixirt, das Kniegelenk rechtwinklig abbiegt und den an den Zehen gehaltenen Fuss in Pronation und Abduction bringt. Es wird nun der Fuss auf seiner Dorsal- und Plantarseite mit der Klebeflüssigkeit bestrichen und die Binde, vom Aussenrande des Fusses beginnend, über das Dorsum des Mittelfusses, über die Innenseite und die Sohlenfläche wieder nach dem Aussenrande geführt. Die Binde haftet sofort fest und durch Zug an der Binde lässt sich der Fuss leicht noch mehr in die corrigirte Stellung drängen. Es wird nun die Aussenseite des Unterschenkels und das untere Drittel des Oberschenkels an der äusseren und oberen Seite mit der Klebeflüssigkeit bestrichen. Die Binde wird hierauf aussen am Unterschenkel bis an den Oberschenkel in die Höhe geführt, hier über die obere Fläche desselben nach der Innenfläche, dann nach hinten herum und das Knie an der Hinterseite kreuzend wieder nach der Aussenseite des Unterschenkels geführt. Weiterhin lässt man nun die Bindetour schräg über die Vorderseite des Unterschenkels nach dem Innenrande des Fusses, und zwar möglichst weit nach vorn hin, sodass auch die grosse Zehe mit gefasst wird, absteigen. Während man nun jetzt selbst den Fuss in möglichste Abduction und Pronation drängt, wird die Binde unter

kräftigem Zuge nach dem Aussenrande des Fusses und den Kleinzehe nrand gut stützend in der gleichen Weise wie die erste Tour nach dem Oberschenkel und spiralg wieder nach dem Innenrande des Fusses geführt; es folgt nun eine gleiche dritte Tour, die jedoch am Kleinzehe nrande nicht so fest drücken soll. Durch einige leichte Circulärtouren um den Unterschenkel wird dann der Verband vollendet. In neuester Zeit hat Autor die Bindetouren etwas modificirt. Es erschien ihm wünschenswerth, auch die Supination der Ferse durch den Zug der Binde zu corrigiren, und er führt deshalb nach der oben beschriebenen zweiten Tour die über den Unterschenkel absteigende Binde nicht nach der grossen Zehe, sondern nach der Innenseite der Ferse hin; die Ferse wird unter kräftigem Zug mit der Binde gefasst und nach aussen, also in Pronation gedrängt. Die Binde wird dann weiterhin in gleicher Weise nach der Aussenseite des Oberschenkels geführt und die oben beschriebene dritte Tour jetzt als vierte wieder nach dem Grosszehe nrand des vorderen Fussabschnittes hin ausgeführt, und der Verband in der vorgeschriebenen Weise vollendet. Unmittelbar nach der Anlegung des Verbandes sind die Zehen weiss, doch erholen sie sich nach kurzer Zeit ( $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$  Stunde) wieder vollkommen. Zum Schutze vor Durchnässung wird noch eine Mullbinde in der gleichen Tourenfolge übergewickelt und eine Hülle aus Billrothbattist übergezogen. Der Verband muss nun von der Mutter in sorgfältigster Weise trocken gehalten werden, was am besten durch Anlegung einer Windelhose geschieht. Am nächsten Tage soll der Verband controllirt und am zweiten Tage abgenommen werden. Die Binden lassen sich ohne jeden Nachtheil für die Haut ablösen. Am selben Tage oder besser am nächstfolgenden wird, nachdem die in Falten gelegte Haut etwas massirt und das Kind gebadet wurde, ein neuer Verband in der gleichen Weise angelegt. War die Redression beim ersten Male nicht vollständig durchgeführt, so wird sie in dieser, event. noch in folgenden Sitzungen zu Ende geführt. Der zweite und die folgenden Verbände können nun, wenn sie gut trocken gehalten werden, drei bis fünf Tage liegen bleiben. Jedesmal wird eine Periode von ein bis zwei verbandfreien Tagen eingeschoben. Ist die Redression vollkommen erreicht, so kann der Verband längere Zeit, bis zu drei Wochen, liegen bleiben, wenn er entsprechend rein gehalten wird. Es sind dann noch mehrere derartige Verbände mit jedesmaligen verbandfreien

Intervallen nöthig, sodass die Behandlung je nach der Schwere der Deformität drei bis sechs Monate in Anspruch nimmt. In der verbandfreien Zeit lässt man das Füsschen von der Mutter massiren und leichte redressirende Bewegungen ausführen. Ist die Redression vollkommen durchgeführt, so wird für die Nacht, event. noch für einige Stunden des Tages, ein redressirender Gummizug angewendet, derselbe wird in ähnlicher Weise wie der Bindenverband angelegt. Das Schnallenende der Binde wird auf die Dorsalseite des Oberschenkels mit der Schnalle nach aussen aufgelegt und nun die Binde unter dem Oberschenkel durch nach aussen spiralig über den Unterschenkel nach der Innenseite des Fusses, unter diesem nach der Kleinzehenseite und die fünfte Zehe stützend aussen am Unterschenkel in die Höhe geführt. Das Riemchen am anderen Ende der elastischen Binde wird unter festem Anziehen der Binde in der Schnalle befestigt; dadurch wird der Fuss in exactester Weise in vollkommen corrigirter resp. übercorrigirter Stellung erhalten. Um das Abrutschen des Gummiriemens zu verhindern, wird ein Band unter der Kniekehle zwischen Knie und Gummibinde durchgeführt und unter dem Oberschenkel über der elastischen Binde gekreuzt; die beiden Schenkel des Bandes werden hierauf um den Oberschenkel herumgeführt und über demselben geknotet. Beginnen die Kinder zu gehen, so lässt man sie einen Schuh mit keilförmiger Einlage tragen; die Sohle soll an der Aussenseite etwa  $1\frac{1}{2}$ —2 cm stark sein; dadurch wird der Fuss beim Auftreten in Pronation und Abduction gedrängt. Der oben beschriebene Gummizug wird auch in jenen Fällen recht gute Dienste leisten, in denen die Finck-Oettingen'sche Behandlung nicht durchführbar ist, und bei denen man sich mit der zu Hause geübten Redressionsbehandlung begnügen muss. Die Gummibinde ist auch ein recht guter Ersatz der vielfach angewendeten Schienen, die den Fuss in der corrigirten Stellung festhalten sollen. Die Behandlung mittels des Finck-Oettingen'schen Verfahrens wird auch bei Kindern, die älter als neun Monate sind, recht gut durchgeführt werden können; da aber in diesem Alter die Reinhaltung der Kinder schon leichter möglich ist, so wird es in solchen Fällen, besonders wenn es sich um Pat. handelt, die nicht unter steter ärztlicher Controlle gehalten werden können, zweckmässiger sein, das durch das Redressement erreichte Resultat in einem Gypsverbande zu fixiren. Die Correctur der Deformität erfolgt in diesen Fällen mittels des model-

lirenden Redressements in Narkose und womöglich in einer Sitzung. Es eignet sich das Finck-Oettingen'sche Verfahren, da die Klebeflüssigkeit die Haut absolut nicht irritirt, besonders auch für die Behandlung von Kindern, die eine empfindliche Haut haben, auch wenn dieselben schon etwas älter sind. Unter dem Gypsverbande kommt es in diesen Fällen sehr bald zu Ekzem, das dann die Fortführung der Behandlung unmöglich macht.

(Wiener med. Presse 1906 No. 12.)

**Rhinitis.** **Estoral, ein neues Schnupfenmittel**, empfiehlt für gewisse Fälle warm Prof. Dr. O. Seifert (Würzburg). Estoral, hergestellt von der Firma Zimmer & Co. in Frankfurt a. M., ist Borsäure-Mentholester, ein ganz ungiftiges und ungefährliches Mittel, das nur das eine Unangenehme hat, dass es am Naseneingang manchmal Brennen verursacht, namentlich wenn dieser entzündet oder besonders empfindlich ist. Diesem Uebelstand lässt sich dadurch abhelfen, dass man das Pulver mittels eines Glasröhrchens appliciren oder mit gleichen Theilen Milchzucker vermischt anwenden lässt. Bei den leichten Formen acuter Rh. bedingte Estoral bei 2—3 maliger Anwendung pro die eine auffallende Erleichterung der Beschwerden, schien sogar in einzelnen Fällen eine coupirende Wirkung zu äussern. Bei schwerer acuter Rh. war die Wirkung eine ungenügende, ebenso bei der Ozaena. Ausserordentlich günstig wirkte es aber wiederum bei Rh. sicca, bei der Rh. atrophica simplex, und zwar vorzüglich reizmildernd und zugleich etwas secretionsanregend; man kann es hier lange Zeit hindurch anwenden, ohne dass die Wirkung abnimmt.

(Heilmittel-Revue 1906 No. 2.)

— **Ueber die Behandlung der oberen Luftwege mit Quillajarindendecoct** hat Dr. Zickgraf (Heilstätten Edmundsthal-Geesthacht) schon früher berichtet und dies Decoct als *expectorirendes Gurgelwasser* empfohlen. Er erneuert diese Empfehlung jetzt, nachdem er zu weiteren beachtenswerthen Resultaten speciell in Bezug auf die „Xerose der oberen Luftwege“ gelangt ist. Für die Behandlung mit Quillajarinde kommen die sogen. atrophischen Katarrhe der oberen Luftwege in Betracht, die sich manchmal nur auf einzelne Abschnitte der letzteren erstrecken, manchmal aber auch das ganze Schleimhautgebiet von der Nase bis zum Larynx umfassen und zweckmässig als *Xerose der oberen Luftwege* bezeichnet werden können. Die Beschwerden



derartiger Pat. mit trockenen Katarrhen der oberen Luftwege bestehen meist in einem quälenden, bis zum Würgen reizenden Hustenreiz (mit geringem zähen Auswurf), der die Kranken sehr erschöpft, was besonders für erkrankte und besonders emphysematös gewordene Lungen durchaus nicht gleichgültig ist. Narcotica helfen in der Regel wenig, ebenso die gewöhnlichen Lösungsmittel, Inhalationen u. s. w. Und doch ist es häufig leicht, derartigen Pat. dauernde Linderung und sogar Heilung zu verschaffen, wenn man sein Augenmerk auf die Beschaffenheit der oberen Luftwege richtet. Die Erfahrungen des Autors erstrecken sich über ca. 200 Fälle. Die Gurgelung mit Quillajadecoct hat er fast ausschliesslich von Pat. mit *chron. Bronchitis* und *Emphysem* machen lassen und selbst in hartnäckigsten Fällen, die jeder anderen Therapie trotzten, noch Erfolge gesehen. Er glaubt dies nur aus dem eigenartigen Einfluss des Quillajadecocts auf das schleimabsondernde Epithel des Rachens und reflectorisch fortgepflanzt des Larynx und des oberen Theiles der Trachea erklären zu müssen. Die expectorirende Wirkung der Gurgelungen zeigt sich sehr bald und bleibt über die ganze Zeit der Behandlung gleich. Autor hat fast nie einen Misserfolg gesehen. Die Beobachtung, dass die Quillajarinde eine stark reizende Wirkung auf die Schleimhäute der oberen Luftwege hat, brachte den Gedanken nahe, dieselbe auch bei jenen atrophischen Katarrhen mit geringer oder fehlender Schleimhautabsonderung in Form von Spülungen und Gurgelungen zu verwenden. Es zeigte sich bald, dass das Quillajadecoct für diese Zustände ein ganz ausgezeichnetes Mittel ist. Mit den Augen kann man Tag für Tag die Einwirkung des Spülmittels auf die kranke Schleimhaut beobachten. Die häufigsten Beschwerden ruft der atrophische Katarrh des Pharynx hervor, der sich einerseits bis in den Larynx, andererseits bis in die Nase erstrecken kann. Nach mehr oder minder langer Gurgelung sieht man die vorher glänzende, trockene oder in schweren Fällen von eitrigen Borken bedeckte Schleimhaut wieder succulenter werden und einen schleimigen Ueberzug erhalten. Es schwindet der Reiz, der die Pat. zu beständigem Räuspern veranlasst, das Gefühl, dass etwas im Halse stecke, bleibt aus. Gurgelungen mit Emser Salz und anderen Mitteln haben diesen Effect nicht! Bei mehreren Fällen von schwerer *Ozaena* mit starker, tapetenartig das Innere der Nase auskleidender, übelriechender Borkenbildung, die zum Theil Monate lang mit anderen Mitteln behandelt worden waren,



versuchte nun Autor ebenfalls das Quillajadecoct als Spülmittel. Der Erfolg war der, dass eine locale Behandlung überflüssig wurde, und Geruchs- und Borkenbildung bei mehrmaligen täglichen Spülungen nicht mehr auftrat. Autor kommt also zu folgenden Schlüssen: Das Quillajarindendecoct ist:

1. in den meisten Fällen von chronischer Bronchitis und Emphysem mit schwer losgehendem zähen Auswurf ein dauernd unschädliches, äusserlich als Gurgelwasser anzuwendendes, vorzügliches Expectorans;
2. bei der sogenannten Xerose der oberen Luftwege vom einfachen trocknen Katarrh bis zu den schwersten Fällen von Ozaena und Pharyngitis retronasalis ein ausgezeichnetes Lösungsmittel, das in den leichteren Fällen eher zur Heilung führt, als die gebräuchlichen Spül- und Lösungsmittel und Localbehandlung.

Was die Herstellung des Quillajadecocts angeht, so geschieht dieselbe am besten, indem man 100 g zerschnittener Droge mit 1 Liter kochenden Wassers übergiesst und das Ganze auf dem Wasserbade oder der Spiritusflamme „ziehen“ lässt, bis die Flüssigkeit eine hellbraune Farbe hat. Nach dem Filtrieren wird sie als Gurgelwasser unverdünnt und zum Nasenspülen mit ca.  $\frac{1}{4}$  warmen Wassers vermischt angewandt. (Die Therapie der Gegenwart, April 1906.)

### **Sepsis, Pyaemie. Die Bedeutung der Infection für den**

**Neugeborenen und Säugling** erörtert B. Salge (Berlin). Der Neugeborene ist zunächst am *Nabel* Infectionen leicht ausgesetzt, die Versorgung der Nabelschnur ist daher eine wichtige Aufgabe. Man arbeitet hier am besten mit Alkohol, der ein ausgezeichnetes Antisepticum und zugleich Austrocknungsmittel ist; er wird seit Jahren auf der Kinderklinik der Kgl. Charité zu Nabelverbänden benützt. Der trockene Nabelschnurrest ist nicht mehr als Nährboden für Bakterien geeignet. Eine besondere Gefahr für Infection bringt aber die Zeit, in der die Nabelschnur sich demarcirt und abfällt. Tritt Infection ein, so spielt — neben geeigneter Localbehandlung — die Ernährung mit Frauenmilch eine wichtige Rolle; ohne sie ist Erfolg kaum zu erwarten. Die bakterientödtende Kraft des Säuglingsblutes ist ja bei Ernährung an der Brust annähernd doppelt so gross, als bei künstlicher. — Eine andere Eingangspforte der Sepsis ist der *Mund*. Allerdings bietet die intacte Schleimhautdecke einen ausgezeichneten Schutz.

Leider glauben manche noch, das Auswischen des kindlichen Mundes nicht entbehren zu können. Dies Auswischen, das bei sauberer Pflege des Kindes ganz unnöthig ist, ist ein Unfug; es schafft erst Infectionsquellen. Ein mit sauberen Händen angefasstes und sauber gepflegtes Kind bekommt keinen Soor, auch wenn der Mund nicht ausgewischt wird. — Nun zur *Nase*. Ein Schnupfen ist beim Säugling eine gefährliche Krankheit. Es schliessen sich an denselben nicht selten schwere eitrige Processe an der Rachenwand, Abscesse und Phlegmonen an, das Kind geht schliesslich an Pyaemie zu Grunde. Schnupfen kann ja auch beim Säugling die einzige sichtbare Erscheinung der Diphtherie sein; der Rachen erscheint oft intact, das Fieber ist gering oder fehlt, und doch kann die Diphtherie, mit Uebergang des Rachens, direct auf den Kehlkopf übergreifen. Aber auch einfacher Schnupfen gefährdet das Kind und kann es, da die Nahrungsaufnahme behindert ist, enorm herunterbringen. Man kann versuchen, die Nase freier zu machen durch Einpulverungen z. B. von *Natr. sozodolic.* (50%) oder von einem Schnupfpulver z. B. *Pulv. Resin. benzol. u. s. w.* Sehr gut verwendbar sind die Nebennierenpräparate, namentlich die Soloid-Hemisintabletten zu 5 mg. Man löst eine solche Tablette, sodass man eine Lösung der wirksamen Substanz zu 1:1000 erhält, trinkt damit Wattetampons und führt diese 3—4 mal täglich für  $\frac{1}{2}$  Stunde ein. Die Nasenathmung wird dann frei und das Kind kann trinken. — Auch die *Furunculose* bringt die Kinder sehr zurück, man muss sie rasch zu beseitigen suchen. Beim Oeffnen der Furunkel bedecke man diese und ihre Umgebung mit einer zähen Salbe, damit der Eiter nicht die gesunde Haut berührt. Man bade die Kinder in *Kal. permang.* 1:1000 oder noch besser *Acid. tannic.* 1:1000 und bedecke Hautstellen, die mit kleinen Furunkeln und Pusteln besetzt sind, mit Formalinverbänden (1:1000).

(Berliner klin. Wochenschrift 1906 No. 10.)

- **Chronische Sepsis, geheilt durch Streptokokkenserum**, über einen solchen Fall verfügt Dr. H. Küster (Treysa). Es handelte sich um einen Kranken, bei dem im unmittelbaren Anschluss an einen Carbunkel im Laufe mehrerer Jahre sich entzündliche Processe meist eitrigen Charakters an verschiedenen Körperstellen und Organen einstellten, ohne dass locale Ursachen dafür auffallend gewesen wären;

das Allgemeinbefinden war schwer gestört. Dieser Zustand wurde wie mit einem Schlage beseitigt nach Injectionen von Menzer's Streptokokkenserum.

(Medicin. Klinik 1906 Nr. 11.)

### **Stricturea oesophagi. Ueber rasche und dauernde Hei-**

**lung einer alten Verätzungsstricture des Oesophagus durch Thiosinamin** berichtet Dr. K. Pollack (Städt. Krankenhaus Stettin). Es handelte sich um einen 30jähr. Mann, der sich im Jahre 1897 eine schwere Verätzung mit Natronlauge zuzog. Autor resumirt den Fall wie folgt: „Die sich allmählich entwickelnde Stricture — zu Anfang noch für dünne Bougies und ganz weiche Speisen durchgängig — verengte sich trotz mehrfacher über Jahre ausgedehnter Versuche etappenweiser Sondenbehandlung (zum Theil mit Hilfe des Oesophagoscops) mehr und mehr bis zur völligen Unpassirbarkeit für Sonden und Flüssigkeiten. Durch die zunehmende Narbenschumpfung wurden allmählich immer weitere Parthien stricturirt, so dass der Beginn der Stricture, der Anfangs bei 32 cm unterhalb der Zahnreihe gelegen war, schliesslich nur noch 18 cm von der Zahnreihe entfernt war. Zunehmende Inanition und die auch an vorsichtigste Sondirung sich anschliessenden Complicationen von leichtesten Reizerscheinungen (wie Reizhusten, neuralgische Schmerzen) bis zu Pneumonien (von denen S. vier durchmachte!) sowie Mediastinitis, Empyem und Pericarditis — die S. mehrfach an den Rand des Grabes brachten — zwangen im Jahre 1903 zur Anlegung einer Magenfistel. Hierauf erholte sich S. zwar etwas, kam aber später durch den weiter bestehenden quälenden Reizhusten, neuralgische Schmerzen, eine neue Pneumonie trotz Eingiessens grosser Mengen kalorienreicher Nährflüssigkeit in den Magen, immer mehr herunter und magerte stark ab. Seit längerer Zeit ging von oben kein Schluck Flüssigkeit, seit zwei Jahren keine Sonde, seit acht Jahren kein Bissen mehr durch. S. war im Verlauf der acht Jahre von über einem Dutzend Aerzten, Chirurgen und inneren Specialärzten in sachgemässer Weise behandelt worden. Kein Wunder, dass dem durch das lange Leiden zermürbten, von dem hässlichen Reizhusten und den neuralgischen Schmerzen gequälten Manne, der nach achtjähriger vergeblicher Behandlung dem Tode entgegensiechte, Gedanken an Suicidium kamen. Eine Heilung — noch dazu durch innere Mittel und in wenigen Monaten — hätten wir damals in's Bereich der Fabel verwiesen. Und doch

sollte nicht in Monaten, sondern in Wochen, ja Tagen, ein völliger Umschlag eintreten. Am 14. Juli 1905 erhielt S. die erste Thiosinamineinspritzung (in den Arm), nachdem noch kurz vorher die Einführung der dünnsten Bougies in die Strictur selbst unter Führung des Oesophagoskops völlig gescheitert war. Am 19. Juli (nach der dritten Injection) „falle“ ich mit einer dünnen Sonde ohne Widerstand durch die ganze Speiseröhre bis in den Magen. S. giebt dabei an, ein gegen früher ganz verändertes Gefühl zu haben. Er bringt sofort wieder Flüssigkeiten von oben durch. Bis Ende Juli passirt ein kleinfingerdickes Bougie; S. geniesst schon breiige Speisen. Ende August geht — noch mit einiger Mühe — die dickste Sondenummer durch: S. isst alle festen Speisen ohne die geringste Schwierigkeit wie ein Gesunder. Nur wenig bleibt noch hinzuzufügen. S. blühte auf und nahm in drei Monaten 34 Pfd. zu; alle übrigen Beschwerden, besonders der hässliche Reizhusten und die Neuralgien, verschwanden fast mit einem Schlage. Nach 24 Injectionen war S. vorläufig als völlig geheilt zu betrachten und konnte mit genauer Belehrung betreffs weiterer Selbstsondirung entlassen werden. Seitdem geht es S. unverändert gut. Er ist völlig beschwerdefrei und schluckt die grössten Bissen tadellos. Ein weiterer Commentar des Falles erscheint überflüssig. Er illustriert in wohl eindeutiger Weise die ebenso rapide wie dauernde Wirkung des Thiosinamins bei gewissen alten Narbenstricturen des Oesophagus.

Die Lösung, die ich benützte, war:

Rp. Thiosinamin 2,0  
Solv. in Glycerin 8,0  
cui adde Aq. dest. 10,0

Injicirt wurde jedesmal eine halbe Pravaz'sche Spritze.“

(Die Therapie der Gegenwart März 1906.)

**Tuberculose.** Ueber **Maretin** berichtet Dr. Sommer (Stadtkrankenhaus Friedrichstadt zu Dresden). Das Mittel wurde 25 Pat. mit Lungentuberculose gegeben. Es wurde zumeist durch zweistündliche Messung der muthmaassliche Temperaturgipfel zu ermitteln gesucht. Vier Stunden vorher wurde dann am nächsten Tage 0,3 g Maretin gegeben. Zeigte sich, dass die Temperatur herabging, aber nach mehreren Stunden oder z. B. am folgenden Morgen wieder hoch anstieg, so wurde in solchen Fällen ausnahmsweise nochmals 0,3 g Maretin gegeben, z. B. Abends vor

dem Schlafengehen. Im Allgemeinen aber wurde an einer einmaligen Dosis festgehalten (0,3 g). Bei sieben von den 25 Fällen war nun Maretin von einwandfreier günstiger Wirkung ohne schädliche Nebeneinflüsse auf Herz und Gefässsystem; Schweiss trat bei keinem dieser Fälle auf. Dabei waren es keineswegs nur beginnende Phthisen, sondern es waren Pat. mit weit fortgeschrittenen Processen dabei. Diesen günstigen Fällen stehen zwei Fälle gegenüber, wo ausgesprochener Collaps eintrat (allerdings sehr geschwächte Pat., die auch vor der Maretinverordnung excessive Temperaturschwankungen gezeigt hatten), bei den übrigen Fällen blieb das Maretin ohne rechten Erfolg. Trotzdem muss Maretin ein ganz brauchbares, den anderen Fiebermitteln zum mindesten nicht nachstehendes Antipyreticum genannt werden, das bei höherem Fieber, vor allem der Phthisiker, versucht zu werden verdient, zumal es sich im Preis niedriger stellt, als andere Antipyretica.

(Therap. Monatshefte, März 1906.)

- **Ueber Appetitlosigkeit und appetitanregende Mittel bei Lungentuberculose** äussert sich Dr. Haedicke (Heilanstalt Falkenstein im Taunus). Von den zahlreichen Methoden oder ärzneilichen Mitteln, den Appetit anzuregen, scheinen ihm die zuverlässigsten zu sein: ausgedehnter *Genuss reiner Luft ohne oder mit Bewegung* und andererseits das *Arsen*. Auch das Liegen in frischer Luft wirkt appetitanregend. Bei manchen Pat. ist es vorerst nicht angezeigt, Spaziergänge unternehmen zu lassen. Können ihnen aber grössere erlaubt werden, so soll ihnen nachher mindestens noch  $\frac{1}{2}$  Stunde vor der Mahlzeit Zeit zum Ausruhen bleiben. In Fällen, wo ausserdem noch ein appetitanregendes Medicament nöthig wurde, hat sich am besten das Arsen bewährt, und zwar in Form der *asiatischen Pillen*. Man giebt Anfangs geringe Dosen, steigt langsam, bis in drei bis vier Wochen das Tagesmaximum erreicht ist, und geht dann ebenso wieder abwärts. Nach einiger Zeit kann man event. nochmals eine Arsencur vornehmen. (Ibidem.)

- **Medicamentöse Behandlung der T.** empfiehlt San.-Rath Dr. A. Bilharz (Fürst Carl-Landesspital Sigmaringen). Er giebt seit einigen Jahren grosse Dosen von *Kal. sulfo-guajacolic.*, zusammengerührt mit *Ossin*, einem eingedickten Leberthran. Das lässt sich in warmer Milch oder schwarzem Kaffee sehr gut nehmen und wird monatelang aufs beste vertragen. Es macht sich sehr bald auffallende Hebung

des Appetits geltend, das Körpergewicht und der Kräftezustand steigt, das tuberculöse Leiden heilt. Autor giebt drei Beispiele an. Bei dem einen Falle handelte es sich um eine Fusserkrankung, bei dem zweiten um eine Rückentuberculose, beim dritten um eine schwere Lymphdrüsenkrankung. Dieser Fall zeigte eclatant die Wirkung jener Curmethode. Es handelte sich um ein 20jähriges Mädchen mit vier grossen (Gänseei!) Drüsenumoren in beiden Achselhöhlen und am Halse; beide Lungenspitzen ergriffen, Ernährungszustand furchtbar schlecht. Nach  $\frac{1}{4}$  Jahr wurde Pat. gesund und blühend (Gewichtszunahme über 30 Pfd.) entlassen; sie hatte in dieser Zeit täglich 6—8 g des Guajacolats mit der entsprechenden Menge (je  $\frac{1}{2}$  Esslöffel) Ossin erhalten. Da hatte Autor das Gefühl, dass hier ein vielversprechender Weg in der Behandlung der T. eingeschlagen worden sei. Denn eben die Lymphdrüsen sind die Vorwerke des Organismus, worin die eindringenden Schädlinge wie in einem Sieb abgefangen und event. vernichtet werden. Scrophulöse Kinder vertragen das gut zu nehmende Mittel ebenfalls ausgezeichnet, der Umschwung im Gesamtbefinden ist auch hier ein ganz auffallender.

(Ibidem.)

- **Experimentelle Untersuchungen und klinische Beobachtungen über den Guajacolzimmtsäureester (Styracol)** publicirt Dr. E. Meyer (Medic. Klinik Halle). Im Jahre 1903 haben Knapp und Suter vergleichende Versuche über die Aufspaltung und Resorption von Ersatzpräparaten des Guajacols angestellt. Das Resultat war überraschend, indem sich herausstellte, dass gerade die am meisten gebrauchten Präparate den Ansprüchen nicht genügen, dass aber Styracol dies thut. Meyer prüfte diese Angaben noch einmal experimentell nach, und auch er konnte feststellen, dass bei einer täglichen Einnahme von  $3 \times 0,5$  Styracol mindestens 71—78% und bei der Darreichung  $3 \times 1,0$  pro die 58—70% zur Resorption gelangen. Es wird aus dem Styracol das Guajacol fast ebenso gut resorbiert, wie wenn man reines Guajacol verwendet, und es gelingt weiter auch, mit seiner Hülfe erheblich grössere Mengen von Guajacol im Organismus zur Wirkung zu bringen, ohne dass sich schädliche oder lästige Nebenwirkungen zeigen. Diesen experimentellen Ergebnissen entsprachen auch die aus einer grossen Anzahl von Fällen gewonnenen therapeutischen. Bei beginnender T. erleichterte Styracol die Expectoration, hob den Appetit, besserte das subjective



Befinden, den Kräftezustand u. s. w. Auch bei fortgeschrittenen Fällen zeigte sich die günstige Wirkung in kurzer Zeit. Am ersichtlichsten aber war die Wirkung bei den Diarrhöen der Phthisiker, sei es dass diese rein katarrhalischer Natur waren oder dass sie auf tuberculöser Erkrankung der Darmschleimhaut beruhten. Hier zeitigte Styrcol noch Dauererfolge in Fällen, wo Tannin versagte, Opium nur vorübergehend Hülfe brachte.

(Die Therapie der Gegenwart, April 1906.)

- Ihre **Erfahrungen mit Marmorek's Serum bei der Lungenphthise** theilen Dr. A. Krokiewicz und Dr. B. Engländer (Landesspital St. Lazarus zu Krakau) mit. Diese waren recht ungünstige. Ausnahmslos traten nach den Injectionen Temperatursteigerungen, oft recht hohe, ein, die Injectionen machten locale Reizerscheinungen und Symptome allgemeiner Intoxication, und sie brachten nicht nur keine Besserung des Krankheitszustandes, sondern riefen in der Regel sogar eine weitere Ausbreitung des Tuberculoseprocesses hervor.

(Wiener klin. Wochenschrift 1906 No. 11.)

- **Zur Behandlung der Lungenphthise mit künstlichem Pneumothorax** macht Prof. Dr. Ad. Schmidt (Städt. Krankenhaus Friedrichsstadt in Dresden) eine Mittheilung. Kürzlich hat L. Brauer die Krankengeschichte eines jungen Mädchens mit einseitiger Lungenschwindsucht besprochen, welches er mittels Einblasung von sterilem Stickstoff in die Pleurahöhle der erkrankten Seite nach dem Vorgange von Murphy behandelt hat. Schmidt bedient sich seit längerer Zeit einer ähnlichen Methode zwecks Einführung von Gasen, aber auch von Flüssigkeiten in die Pleurahöhle bei verschiedenen Erkrankungszuständen der Lunge. Sie besteht in der stumpfen Durchbohrung der Pleura mittels eines besonderen Troikarts. Letzterer besteht aus zwei Theilen: einer kurzen, scharfen Geleitnadel und einer durch diese hindurchzuführenden stumpfen, vorn mit zwei Oeffnungen versehenen Hohladel. Die Geleitnadel wird in einem Intercostalraume (Autor wählte meist den 9. in der hinteren Axillarlinie) bis an's Heft vorgestossen. Bei ihrer geringen Kürze (1 cm) durchbohrt sie zwar die Zwischenrippenmuskeln, aber nicht die Pleura costalis. Nun wird die stumpfe, etwa 6 cm lange und  $1\frac{1}{2}$  mm starke Hohladel in die Geleitnadel hineingeführt und durch das Rippenfell vorgestossen. Dass man sich in der



Pleurahöhle befindet, bemerkt man sofort an der freien Beweglichkeit der Nadel. Findet sich an der Stelle der Punction unerwarteterweise eine Verwachsung der Pleurablätter, so stellen sich der Durchbohrung erhebliche Widerstände entgegen, oder die vorgeschobene Nadel wird bei der Inspiration wieder zurückgedrängt, sodass man nicht leicht mit der Nadel in die Lunge vordringen kann. Befindet sich der Troikart in der Pleura, so wird das Ansatzstück mit dem Reservoir der zu injicirenden Substanz verbunden und der Hahn geöffnet. Die Einführung von Gasen und Flüssigkeiten macht, wenn sie langsam geschieht, keinerlei Schmerzempfindung. Erst nach Einführung von etwa 500 ccm beginnt eine Erschwerung der Athmung, welche aber erst bei etwa 1500 ccm unangenehm empfunden zu werden pflegt. Nach Entfernung der Nadel hat man nur die kleine Oeffnung mit Heftpflaster zu verschliessen. Autor hat so reinen Sauerstoff, sterile Luft, Kochsalzlösungen und Oel in die Pleura gebracht, die Gase, um eine Compression der oberen Lungentheile, die Flüssigkeiten, um eine solche der unteren Theile zu erzielen. Autor hat so zu beeinflussen gesucht: Lungenphthisen, alte Pleuraexsudate, Bronchiektasien, Höhlenbildungen, Emphysem. Er hat bisher über 20 Infusionen ausgeführt, ohne je etwas Unangenehmes zu erleben. Ueber die therapeutischen Resultate will er noch berichten.

(Deutsche med. Wochenschrift 1906 No. 18.)

## Vermischtes.

### — Erklärung einiger neuer Fachausdrücke, von Generaloberarzt Dr. Schill (Dresden) [Forts.]:

Cholodermie. Diesen Namen schlägt L. v. Kétly vor für ein Krankheitsbild, welches er bei einer 30jähr. Frau beobachtete und das in einem Herabhängen der Haut in grossen Falten, anscheinend infolge ihres eigenen Gewichts, besonders an den unteren Extremitäten, bestand, sodass die Haut wie eine türkische Pluderhose die Beine umgab. Die äusserlich der Cutis laxa hyperelastica gleichende Hautveränderung ist von dieser verschieden; das Unterhautzellfettgewebe ist nicht vermindert, dagegen sind die

starken Balken der untersten Hautschichten geschwunden und das mucöse Gewebe verändert. Orvosi Hetilap 1902, Bd. 44. Ref. Schmidt's Jahrbücher der gesamten Medizin Bd. 278, S. 172.

Cytotrope Sera sind solche, in denen spezifische Substanzen sich finden, welche derart verändernd auf Zellen einwirken, dass sie von Phagocyten aufgenommen werden können (cf. auch „haemotrope“ Sera). Neufeld und Töpfer, Abtheilung für Bakteriologie 1905, Bd. 38, H. 4.

Demineralisation, ein von französischen Autoren eingeführter Begriff, bedeutet Verarmung des Organismus an anorganischen Bestandtheilen, welche mit Herabsetzung des normalen Säuregrads der Gewebesäfte einhergeht. Beide Factoren zusammen sollen die Ansiedlung des Tuberkelbacillus begünstigen. Steinitz u. Weigert, Deutsche medicinische Wochenschrift 1904, S. 838.

Denys-Leclef'sches Phänomen: = lebhafte Phagocytose im Reagenzglase beim Zusammentreffen von Leucocyten, Kokken und dem dazu gehörigen Immunserum. Zeitschrift für Hygiene und Infectiouskrankheiten 1905, Bd. 51, S. 286.

Diaklysmos = eine von Genersich empfohlene Ausspülung des Verdauungscanals vom Mastdarm aus mit grossen Mengen (5—15 l) körperwarmer Flüssigkeit, z. B. 1—2‰ Tanninlösung bei Cholera. Zeitschrift für ärztliche Fortbildung 1905, No. 19.

Diktyom, diese Bezeichnung schlägt C. Emanuel vor zur Benennung von Netzhauttumoren (von *δίκτυον* das Netz). Klinische Monatsblätter für Augenheilkunde 1903, Bd. 41, Beiheft S. 361.

Die Duke'sche „Vierte Krankheit“ (zuerst erwähnt Lancet 1900, 14. Juli), verhält sich so zum Scharlach, wie die typischen Rötheln zu den Masern, d. h. gerade so, wie sich das Krankheitsbild der typischen Rötheln und milden Masern deckt, ebenso ähnlich ist die „Vierte Krankheit“ dem mit leichter Eruption und schwachen allgemeinen Infectionsercheinungen einhergehenden, sogenannten abortiven Scharlach. v. Bókay, Deutsche medicinische Wochenschrift 1904, No. 43, S. 1561.

Dum-Dum-Fieber, eine auf der Militärstation Dum-Dum bei Calcutta herrschende Krankheit, klinisch wie Malaria auftretend, hervorgerufen durch Leishman'sche Körperchen. cf. diese.

Als *Dyskinesia intermittens angiosclerotica* will Determann das „intermittierende Hinken“ der Beine, Arme oder der Zunge bezeichnet wissen, welches seiner Auffassung nach auf arteriosklerotischer Erkrankung der Gefäße beruht. Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde 1905, Bd. 29, H. 1.

Ekiri ist nach Sukehito Ito eine in Japan auftretende, sehr acute, ruhrartige, epidemische Kinderkrankheit, hervorgerufen durch einen colilähnlichen, nach Gram entfärbbaren, lebhaft beweglichen *Bacillus* im Darm, welcher Gelatine nicht verflüssigt, Gas bildet, verzögerte Indolbildung giebt, Milch nicht coagulirt und durch das Serum von Ekiriconvalescenten agglutiniert wird. Centralblatt für Bakteriologie 1903, Bd. 34, No. 7.

*Erythema induratum* Bazin gehört zu den papulonekrotischen Hauttuberkuliden; es bildet überbohnergrosse, blauröthe, schmerzlose Knoten, vorzugsweise an den Beinen, mit Neigung zur Ulceration. Alexander, Berliner klinische Wochenschrift 1904, No. 34.

*Erythema infectiosum*, Sticker'sche Krankheit, masern- oder röthelähnliches Exanthem ohne Bestehen dieser Krankheiten. Fleischer, Wiener medizinische Wochenschrift 1905, No. 42.

*Erythropraecipitine* benannte A. Klein die im Serum enthaltenen Substanzen, welche die Niederschläge in den Erythrocytenextracten erzeugen. Wiener klinische Wochenschrift 1903, No. 5.

Exostosendysplasie ist eine Exostosenbildung auf der Grundlage einer Bildungsstörung der Knochen, welche verkürzt, oft verkrümmt, in ihrer Structur verändert und an den Enden oft diffus aufgetrieben sind. Kienböck, Wiener medizinische Wochenschrift 1903, No. 47.

Als Exsudative Diathese bezeichnet Czerny die Scrophulose. Preisich, Jahrbuch für Kinderheilkunde 1905, Bd. 12, H. 3.

(Deutsche med. Wochenschrift 1906 No. 9.)

(Fortsetzung folgt)

- **Eine praktische neue Kopfstütze** hat Dr. E. H. Oppenheimer (Berlin) seit einiger Zeit in Gebrauch. Sie besteht aus einer Längsstange, an deren Spitze sich eine gepolsterte, mit Leder bezogene (auch abnehmbare Gummibezüge) Lehne befindet, und aus einer mit Fixirschrauben versehenen Klammer, innen mit Gummi ausgekleidet (um

den Stuhl zu schonen). Der Apparat lässt sich mit einem Griff beliebig hoch stellen und ist an jedem Stuhl anzubringen. Er zeichnet sich durch grosse Billigkeit\*) aus, sodass ihn sich jeder Arzt anschaffen kann, besonders der Augenarzt, für den er bei mannigfachen Eingriffen (Einträufelungen, Sondirungen, Fremdkörper, Chalazionoperationen usw.) eine grosse Annehmlichkeit bedeutet.

(Wochenschrift für Therapie u. Hygiene des Auges, 12. April 1906.)

- **Die Behandlung acuter und chronischer Eiterungen mit Phenolkampfer** empfiehlt Stabsarzt Dr. Kurt Ehrlich (Garnisonlazarett Wesel). Diese Methode ist vor einiger Zeit von Chlumsky empfohlen worden. Derselbe behandelte inficirte Wunden aller Art, Furunkel, beginnende Phlegmonen, Panaritien, auch tuberculöse Fisteln, Lymphangitiden, Erysipel mit folgender Mischung:

Rp. Acid. carbolic. puriss. 30,0  
Camphor. trit. 60,0  
Alkohol. 10,0

Damit betupfte er die erkrankten Parthieen oder machte damit, bei grösserer Ausdehnung der Erkrankung, feuchte Verbände; indem er auf die befallene Stelle eine Schicht mit der Flüssigkeit getränkter Watte, darüber Billrothbattist oder Wachspapier legte und das Ganze mit einer Binde befestigte; in gespaltene Abscesse goss er die Flüssigkeit ein, inficirte Wunden spülte er damit. Die Erfolge waren durchweg gut. Dies letztere kann auch Ehrlich durchaus bestätigen, der das Verfahren anwandte, allerdings mit einigen Modificationen. So fand er, dass bei Verwendung des Phenolkampfers als feuchter Verband die Wirkung viel schneller und prompter war, wenn der wasserdichte Verbandstoff wegblieb. Auch verzichtete er auf das Eingiessen der Flüssigkeit in Abscesshöhlen und wandte dafür eine lockere Tamponade mittels eines mit Phenolkampfer getränkten sterilen Mull-Streifens an. Pinselungen machte er nur bei frischen Fällen von Erysipel und bei Fissura ani. Weiter sagt Autor über seine Erfahrungen mit diesem Verfahren: „Besonders auffallend war das rasche Zurückgehen der entzündlichen Erscheinungen bei acuten Fällen, oft nach wenigen Stunden. Auch blieb dabei eine etwa auftretende Eiterung

\*) Vernickelt 8 Mk., lackiert Mk. 4,50 bei F. Lindner (in Firma Matthesius) in Wittenberg (Bez. Halle).



merkwürdigerweise stets auf den Ort der Infection beschränkt, sodass ich mit kleinen Einschnitten auskam. Gelenke, in deren Nähe eine acute Entzündung oder Eiterung bestand, und die deshalb unbeweglich oder nur sehr beschränkt und unter Schmerzen beweglich waren, konnten oft schon am folgenden Tage activ und passiv gut und schmerzlos bewegt werden. Eine Ruhigstellung der erkrankten Glieder durch Schienen fand nie statt, sie wurden täglich einmal, in schweren Fällen öfter, doch selten mehr als zweimal, in der gleich zu beschreibenden Weise verbunden und einfach auf ein Häckselkissen gelagert. Suspendirt wurden nur Fälle, welche mit Lymphangitis einhergingen. Die Behandlung ging in der Weise vor sich, dass um die erkrankte Stelle eine mehrfach zusammenglegte mit Phenolkampfer getränkte Mullcomprime geschlagen wurde, darüber kam eine Lage trockene sterile Verbandwatte, beide Verbandstoffe wurden durch eine locker angelegte Binde befestigt. Häufig war schon nach einem, in der Regel nach mehreren Verbänden die entzündliche Röthung und Schwellung verschwunden; war Eiterung aufgetreten, so hatte sie sich auf den Ort der Infection, eine kleine Wunde oder einen aufgekratzten Furunkel, gewissermaassen „zusammengezogen“. Es wurde dann ein kleiner Einschnitt gemacht und der Eiter durch vorsichtiges Streichen entleert. Die kleine Schnittöffnung wurde, wie vorher erwähnt, durch einen locker eingesteckten, mit Phenolkampfer getränkten Mullstreifen offen gehalten. Sofort eingeschnitten wurde nur in Fällen, in denen der Eiterherd sich bereits localisirt hatte und durch das Gefühl deutlicher Fluctuation, sowie durch Verfärbung der Haut nachweisbar war. Lange Schnitte waren auch bei Sehnen-scheiden- und Hohlhandphlegmonen nie erforderlich, wobei ich aber bemerken zu müssen glaube, dass zwar sehr schwere, aber nie arg vernachlässigte Fälle zur Behandlung kamen. Eitriges Secret wurde sehr bald schleimig-serös, inficirte, schmierige Wunden reinigten sich überraschend schnell. Ueberhaupt war die Heilungsdauer, wie die Tabellen am Schluss der Arbeit zeigen, sehr kurz. Unangenehme Nebenerscheinungen, wie Verätzungen und Brennen in der Wunde, Maceration der Haut oder Schmerzen sind nie beobachtet worden. Besonders bei Anwendung des Mittels ohne wasserdichten Verbandstoff sagten die Patienten aus, dass sie das Gefühl einer angenehmen Wärme hätten, welche die Schmerzen lindere. Sehr prägnant in dieser Hinsicht waren einige Fälle aus

der Praxis mit Fissura ani und eine Patientin mit chronischen, sehr schmerzhaften Unterschenkelgeschwüren; letztere hatte schon längere Zeit schlaflose Nächte wegen der starken Schmerzen in den Geschwüren, seit der Behandlung des Beines mit Phenolkampfer schläft sie gut und ist von ihren Schmerzen befreit.“ Autor behandelte zahlreiche Fälle von Panaritien, Phlegmonen, Ulcera cruris, Furunkeln, inficirten Wunden, tuberculösen Fisteln etc. nach diesem Verfahren und kann dasselbe als leicht und gefahrlos durchzuführende Behandlung aller, besonders aber acuter Eiterungen, gerade dem praktischen Arzte bestens empfehlen.

(Münchener med. Wochenschrift 1906 No. 11.)

- **Zum Thermocauter Paquelin** schreibt Prof. Dr. E. Fischer (Strassburg i. E.): „Schon mancher College ist wohl über seinen Thermocauter unwillig geworden, weil die Platine nicht richtig glühen wollten. In der Regel liegt dies an minderwerthigem Benzinäther. Um diesem unangenehmen Zwischenfalle, der schon manche Operation nicht zum gewünschten Ende kommen liess, ein Ende zu machen, nehme man Automobilbenzin, kostet pro Liter 30—40 Pf., und wirkt wundervoll. Es ist überall käuflich zu haben.“

(Arztl. Mittheilungen 1906 No. 10.)

- **Ueber ein Maximalthermometer** schreibt Professor Dr. J. Schwalbe (Berlin): „Bisweilen hat man nicht unerhebliche Schwierigkeiten, bei einem Maximalthermometer den Quecksilberfaden wieder in das Quecksilbergefass zurückzutreiben, und manches Thermometer ist schon dem Aufwand von Kraft, welchen namentlich nicht ganz geschickte Laien bei dieser Procedur oft beweisen, zum Opfer gefallen. Man kann daher den Versuch, den die Firma Grösche & Koch (Ilmenau) zur Abhülfe dieses Uebelstandes mit der Construction ihrer „Patenthülse“ gemacht hat, gern anerkennen. Die Maximalthermometer haben bekanntlich im Quecksilbergefass einen festgeschmolzenen Stift aus Glas, welcher in den unteren Theil der Capillare hineinreicht. Dieser Stift ist die Ursache, dass der die Temperatur anzeigende Quecksilberfaden in der Capillare stehen bleibt und auch dann nicht von selbst in das Quecksilbergefass sich zurückzieht, wenn das Thermometer von der Wärmequelle entfernt wird. Um nun den Quecksilberfaden zurückzutreiben, wird Grösche's Patenthülse als Verlängerung an die Kopfschraube des Thermometers fest angeschraubt, die Hülse am Ende erfasst, und dann

werden ruckweise einige Schläge damit ausgeführt. Eine elastische Feder der Patenthülse setzt die Schläge in vielfache Vibrationen um und bewirkt, wie ich mich mehrfach überzeugt habe, ein überraschend leichtes Zurückgehen des Quecksilberfadens. Das Thermometer kostet etwa 2,50—3,00 Mk.“

(Deutsche med. Wochenschrift 1906 No. 8.)

- **Mittheilungen über Perhydrol-Anwendungen** macht Dr. Kropil (Pressburg). Bei einem schwerkranken, an Ascites seit  $\frac{1}{2}$  Jahr leidenden Pat. war schon alles Mögliche versucht worden, auch zweimal Calomel, das aber wegen einer schweren Stomatitis wieder aufgegeben werden musste. Autor verordnete trotzdem (neben Digitalis) von Neuem Calomel (3 mal täglich 0,25), liess aber gleichzeitig fleissig Mundspülungen machen mit:

Rp. Perhydrol. Merck 50,0  
Aq. Menth. pip. 250,0

Pat. vertrug jetzt Calomel sehr gut, die Diurese stieg, und es trat allmählich Genesung ein. — In reinem Zustand wandte Autor das Perhydrol an bei einer einem Chloasma uterinum ähnlichen Braunfärbung der Stirnhaut. Wöchentlich zweimal wurde letztere in toto mit Perhydrol 2—3 Minuten eingerieben, und eine dünne Lage Watte, mit Perhydrol versehen, einige Minuten liegen gelassen. Unter intensiven Schmerzen schwellte die Haut etwas auf und wurde röther, dabei stellten sich weisse Fleckchen ein. Nach ca.  $\frac{1}{2}$  Stunde aber begann die Haut zu erblassen und nahm bald normale Beschaffenheit an. Unter der Behandlung lichteten sich die braunen Flecken und werden wohl bald verschwunden sein.

(Aerztl. Mittheilungen 1906 No. 10.)

- **Eine Hohlneedle zum Ohrenstechen** empfiehlt Dr. J. E. Fölkel (Wien). Sie besteht aus einer ca.  $2\frac{1}{2}$  cm langen, 2 mm dicken Metallcanüle, in die ein kurzer Stachel und ein Mandrin eingepasst sind. Der Troikar und die Ohrgehänge werden durch Kochen sterilisirt, sodann wird das Instrument genau im Centrum der Vorderfläche des gereinigten Läppchens angesetzt und bis zur Mitte der Canüle in nahezu sagittaler Richtung eingestossen, nicht senkrecht auf die Fläche, damit die Ohrringe nach vorn zu gerichtet hängen. Nadel und Mandrin werden nun entfernt und der obere Ohrringtheil je nach Bedarf in das vordere oder rückwärtige Lumen der Canüle eingeführt, wobei letztere



zugleich aus dem Stichcanal geworfen wird. Eine Nachbehandlung erscheint kaum je nöthig. Um ein ausserordentlich rasch erfolgendes Verkleben der Stichöffnungen zu vermeiden, sollen die Ohrgehänge in den ersten Tagen permanent in den Lobulis verbleiben. Nur wenn ausnahmsweise Schmerzen, Schwellung oder Secretion am Stichcanal auftreten, wären die Ringe zu entfernen. Statt ihrer soll dann mittels einer starken, geraden, weitröhrigen Nadel ein 10%iger Dermatolfaden im täglichen Wechsel eingeführt werden, wobei die Ausheilung rasch erfolgt.

(Wiener klin. Wochenschau 1906 No. 7.)

- **Ueber die therapeutische Wirksamkeit der Alkoholsilber-  
salbe** berichtet Dr. K. Ganz (Brünn): Die Anwendung geschah in der Weise, dass man nach sorgfältiger Reinigung der betreffenden Gegend, am besten durch ein Seifenbad oder Priessnitz'schen Umschlag, die Salbe messerrückendick auf die Haut aufstrich oder, was noch praktischer ist, sie auf mehrfachen Mull oder Leinwandlappchen strich und auf die Stelle, sie überragend, auflegte, dann mit einem undurchlässigen Stoffe luftdicht abschloss und mit Binden fixirte. Dies geschah 2—3mal täglich. Schon nach kurzer Zeit liessen Schmerz- und Spannungsgefühl nach, und die Entzündungserscheinungen begannen zurückzugehen. Die Versuche erstreckten sich auf 27 Fälle, und zwar acuter Gelenkrheumatismus (4), Panaritien (5), Lymphadenitis (2), Ulcera cruris (2), Neuritis (1), Distorsion (2), Erysipel (1), Furunkel (2), Epididymitis (2), Neuralgie (1), Bubonen (2), Contusionen (3). In allen diesen Fällen leistete die Salbe sehr gute Dienste, indem sie in kurzer Zeit die Krankheitserscheinungen zum Schwinden brachte und sowohl rasch schmerzstillend als auch entzündungswidrig wirkte. Die Wirkung des Verbandes war bei manchen Eiterungen so, dass unumgänglich nothwendig erscheinene Operationen unterlassen werden konnten, wenn die Fälle rechtzeitig zur Behandlung kamen; bei verspäteter Behandlung wurde immer noch die Beschleunigung des Heilungsprocesses constatirt. Die Salbe lässt sich mit warmem Wasser leicht entfernen.

(Therap. Monatshefte, März 1906.)

- **Eine sehr empfindliche Reaction auf Gallenfarbstoffe** empfiehlt Primararzt Dr. A. Krokiewicz (Krakau). Zur Ausführung sind drei Reagentien nothwendig:

a) 1%ige wässrige Lösung von Acid. sulphanilic. (Acid. sulphanilic. 1 ccm zu Aq. dest. 100 ccm).

- b) 1%ige wässrige Lösung von Natriumnitrit (Natr. nitros. 1 ccm zu Aq. dest. 100 ccm).
- c) concentrirte reine Salzsäure (Acid. hydrochloric. conc. p.).

Der Kürze halber seien die ersten beiden, welche in vor Licht geschützten Gefässen aufzubewahren sind, mit A und B bezeichnet. Ueber die Anwendung sagt Autor: „In eine Eprouvette giesse ich je 1 ccm der Reagentien A und B und schüttle kurze Zeit durch und giesse dann soviel Flüssigkeit aus der Eprouvette heraus, dass nur ein paar Tropfen (höchstens  $\frac{1}{3}$  ccm) zurückbleiben. Hierauf giesse ich in die Eprouvette ebensoviel Harn oder Gallenfarbstoffe enthaltende Flüssigkeit (ca.  $\frac{1}{2}$  ccm) hinein und schüttle stark durch wenige Sekunden (10—15). Da nimmt die Flüssigkeit in dem Röhrchen eine rubinrothe Färbung an, welche nach Zusatz von 1—2 Tropfen Salzsäure und dann nach mehrfacher Verdünnung mit destillirtem Wasser in Amethystviolett übergeht. Im Falle eines reichlicheren Gehaltes an Gallenfarbstoffen sind zu dieser Reaction ein mehrfach (bis 10 fach) mit destillirtem Wasser verdünnter Harn oder betreffende Flüssigkeit zu verwenden. Die amethystviolette Färbung tritt sehr deutlich vor und hält unverändert längere Zeit an. Die nähere Untersuchung über das Wesen des Farbstoffes ergab, dass er aus sauren Lösungen nicht übergeht, weder an Chloroform, noch an Aether, noch an Schwefelkohlenstoff und kaum spurenweise an Amylalkohol. Im Spectrum sind keine charakteristischen Merkmale wahrzunehmen. Die Reaction lässt nur auf Anwesenheit des Bilirubin oder wenig oxydirte Gallenfarbstoffe schliessen; sie tritt nie im Harne auf (über 1000 Versuche) auch nach einige Zeit während innerlicher Verabreichung von Chrysophansäure (Senna, Rheum), Santoninum, Balsamum copaivae, Tannin, Antipyrin, Phenacetin, Naphthol, Natrium salicylicum, Salol, Jod, Brom, Chinin; sie hängt nicht vom Indican im Harne ab; ebenso ist sie unabhängig von jenen Factoren, welche die Diazo reaction hervorrufen.“ —

Die Methode übertrifft an Deutlichkeit und Exactheit andere sehr empfindliche Verfahren, und gegebenenfalls kommt man mit einer sehr geringen Menge von Harn oder Flüssigkeit (2—10 Tropfen) aus, um auf Spuren von Gallenfarbstoffen sicher zu schliessen.

— Einen neuen **Schalldämpfer** empfiehlt Oberarzt Dr. Küppers (Düsseldorf). Das Instrumentchen hat vor dem „Antiphon“ viele Vorzüge. Als solche zählt Autor auf:

1. Billigkeit (Antiphon kostet 3 Mk.).
2. Nicht kalt beim Einführen.
3. Kein Druck bei Seitenlage, da sich formend.
4. Wachs reizt den Gehörgang nicht, es ist sozusagen kein Fremdkörper, vielmehr mit dem Ohrschmalz verwandt.
5. Es formt sich, im Gehörgange erwärmt, nach diesem, weitet ihn also nicht.
6. Die Form der Kugel kann beliebig geändert werden, so dass stets guter Abschluss möglich ist.
7. Der Bügel lässt sich genau nach Form der Ohrmuschel biegen.
8. Er kann (von Benutzung im Liegen abgesehen) auch nach aussen stehen, da er bei seiner Leichtigkeit die gut haftende Kugel nicht heraushebelt.
9. Das Herausnehmen ist im Gegensatze zum Antiphon leicht, da die Fingerkuppe in den Bügel greift.
10. Das Instrument wird bei Verwendung bleichen Wachses wegen des hautfarbenen Bügels kaum bemerkt.

(Münchener med. Wochenschrift 1906 Nr. 16.)

— Wir erhielten folgende Zuschrift: **Nordseebad Westerland auf Sylt.** Unserer Insel steht in den nächsten Tagen und Wochen starker Besuch bevor. Es kommen mit der Hamburg-Amerika-Linie eine Anzahl grosser, öffentlicher und privater Vereine, um unsere schöne Landschaft, unser Meer und die Dünen kennen zu lernen, insbesondere hat auch der Verein „Verband Deutscher Schriftsteller und Journalisten“ seinen Besuch anlässlich seiner Tagung in Hamburg für den 14. und 15. Juni 1906 zugesagt. Es wird auf Sylt fieberhaft gearbeitet, um die Gäste würdig aufzunehmen und ihnen unsere schöne Gottes-Natur im besten Gewande zu zeigen. Auch auf unserer Heide, auf unseren Fluren hat der Frühling seine grosse Kunst entfaltet. Es ist jetzt das herrlichste Wetter, die beste Lufttemperatur; auch die Wasserwärme der Nordsee betrug am 13. Mai bereits 15°, also schon mehr als genügende Badetemperatur. Bekanntlich kann man in der Nordsee schon bei 13° unbeschadet baden, in der Ostsee dagegen erst bei 15—16°, im Flusse kaum unter 18°; so verschieden ist die innere Kraft der Nordsee im Vergleich der übrigen Bäder im Freien, so ungleich wirken die verschiedenen



Bademedien als wärmeerzeugende Kraft. Der hohe Salzgehalt, die Strömung, vielleicht auch die Schwere durch den Salzgehalt, erklären diese höchstinteressante Tatsache.

## Bücherschau.

- **Das Heufieber, sein Wesen und seine Behandlung**, so lautet der Titel eines von Dr. Alfr. Wolff-Eisner verfassten Buches (J. F. Lehmann's Verlag, München. Preis M. 3,60). Der Autor veranstaltete am medicinisch-poliklinischen Institut der Universität Berlin eine Sammelforschung und bekam so ein Beobachtungsmaterial von fast 100 Heufieberfällen zur Verfügung. Die Erfahrungen die hierbei gesammelt wurden, macht nun der Verfasser den Heufieberkranken und ihren Aerzten nutzbar. Die Therapie, besonders die Serumtherapie, nimmt einen breiten Raum in dem Buche ein, aber auch die Theorien über das Heufieber, die Differentialdiagnose usw. werden eingehend besprochen. Auch „Beziehungen des Heufiebers zu anderen Erkrankungen“, „Disposition und Heufieber“, „Der Heufieberbund“, „Beziehungen des Heufiebers zur Allgemeinheit“ finden wir als besondere Abschnitte des kleinen Werkes, dessen Lectüre warm empfohlen werden kann. — Für die Besitzer von Röntgenapparaten sei erwähnt, dass in obigem Verlage eine kleine Brochüre: **„Fortschritte in der Anwendung der Röntgenstrahlen“** (mit 22 Abbildungen) von Dipl.-Ing. Dr. J. Rosenthal erschienen ist. (Preis Mk. 1,20.)

- Von Sobotta's **Atlas der descriptiven Anatomie des Menschen** (Bd. IV von Lehmann's „Medicin. Atlanten“. Verlag von J. F. Lehmann, München) ist die 1. Lieferung der III. Abtheilung erschienen (Preis 16 Mk.) Dieselbe enthält das „Nerven- und Gefässsystem“, welches in 186 meist vierfarbigen und grösstentheils ganzseitigen Abbildungen nach Originalen des Malers Karl Hajek zur Anschauung gebracht wird. Wie dies in besserer und schönerer Weise geschehen könnte, lässt sich gar nicht ausdenken. Bei jedem Bilde empfindet man die höchste Freude darüber, dass es hier in so vollendeter Weise ge-

lungen ist, der Natur zu folgen. Es ist erreicht! kann man beim Anblick dieser Darstellungen mit vollem Recht ausrufen; diese Präparate liegen gewissermassen vor einem ausgebreitet da. Welchen Werth ein solches Werk für den Praktiker hat, darüber braucht wohl nicht besonders gesprochen zu werden.

- B. Salge, Director des Dresdener Säuglingsheims, hat seine Habilitationsschrift: **Der acute Dünndarmkatarrh des Säuglings** auch weiteren Aerztekreisen zugänglich gemacht. Die Arbeit ist in Broschürenform bei G. Thieme in Leipzig erschienen (Preis: Mk. 2,80) und dürfte bei der Wichtigkeit des Themas und der ausgezeichneten und erschöpfenden Darstellung, die der Verfasser uns in seiner Schrift bietet, ein zahlreiches und dankbares Leserpublicum finden. — Im gleichen Verlage erschien: W. Brügelmann: **Die Behandlung von Kranken durch Suggestion** (Preis: Mk. 1,20). Der Verfasser hält den Werth der Suggestion für einen sehr hohen und belegt dies durch Wiedergabe interessanter eigener Erfahrungen. Er hält sich dabei von Ueberschwänglichkeiten fern und übt eine nüchterne Kritik aus. Als „Anhang“ wird eine psychiatrische Studie: „Die Philosophie in der Medicin“ beigelegt, welche recht lesenswerth ist.

- Von dem **Lehrbuch der systematischen Anatomie des Menschen** von K. v. Bardeleben ist die II. Hälfte erschienen (Verlag von Urban & Schwarzenberg, Wien u. Berlin. Preis Mk. 12), enthaltend Darmsystem, Harn- und Geschlechtsorgane, Gefäß- und Nervensystem, Haut und Sinnesorgane. Wir haben bereits betont, dass das v. Bardeleben'sche Lehrbuch das Prädikat „ausgezeichnet“ verdient und setzen heute nur noch hinzu, dass der vorliegende II. Band sich dem ersten würdig anreihet. — Von dem im gleichen Verlage erschienenen Monti'schen Werke: **Kinderheilkunde in Einzeldarstellungen** sind jetzt zwei „Ergänzungshefte“ (Heft 22, Preis: 1 Mk. und Heft 23, Preis: 2 Mk.) nachgekommen, enthaltend: „Die Infectionen der Mund- und Rachenorgane mit Bakterien der Mundhöhle“ und „die Ernährung der Säuglinge nach dem heutigen Standpunkte“. Der Umstand, dass seit dem Erscheinen der „Kinderheilkunde“ auf diesem Gebiete wesentliche Fortschritte zu verzeichnen sind, veranlasste Monti, mehrere neue Kapitel auf Grundlage der

Ergebnisse der heutigen Forschung zu bearbeiten und einzelne frühere Kapitel theilweise umzuarbeiten. Die vorliegenden Hefte bilden den Anfang dieses „Ergänzungsbandes“, dessen Publication wir freudigst begrüßen.

- **Darmatonie** betitelt sich ein Werk aus der Feder von Hofrath Dr. Fr. Crämer (Verlag von J. F. Lehmann, München. Preis: Mk. 4,50). Das weit verbreitete, für den praktischen Arzt sehr wichtige Leiden erfährt in den Lehrbüchern eine viel zu stiefmütterliche Behandlung, und es ist daher dankbar zu begrüßen, dass Crämer, aus reichen Erfahrungen schöpfend, dies Thema monographisch behandelt hat. Er bricht energisch mit der bisherigen falschen Auffassung dieser Affection als einer „nervösen“ und bringt Licht in den wahren Charakter derselben. — Auch eine andere, im gleichen Verlage erschienene Monographie: **Das Schielen**, von Prof. W. Schoen (Preis: Mk. 6) wird dem praktischen Arzte erspriessliche Dienste leisten. Nachdem der Verfasser sich mit der Definition, Physiologie und Eintheilung des Schielens beschäftigt, erörtert er eingehend die Schielursachen und Schielformen, geht dann auf die Folgen des Schielens über, auf Diagnose, Differentialdiagnose und Prognose, und endet mit einer Besprechung der Therapie dieses Leidens.

- In zweiter Auflage ist erschienen Dr. L. Pincus' **Atmokausis und Zestokausis** (Verlag von J. F. Bergmann, Wiesbaden. Preis: 6 Mk.). Die Behandlung mit hochgespanntem Wasserdampf in der Gynaekologie fasst immer festeren Boden, und es ist Pflicht jedes Arztes, wenigstens theoretisch das Gebiet zu beherrschen. Man kann sich diese Belehrung am Besten verschaffen durch die Lectüre des vorliegenden Werkes, welches eingehend auf 350 Seiten das Thema erörtert und mit 33 Textfiguren und Tafeln ausgestattet ist. Pincus' Buch hat weite Verbreitung gefunden, und auch die zweite Auflage, welche mannigfache Verbesserungen aufweist, wird sicher sich neue Freunde in grosser Zahl erwerben.



# Excerpta medica.

## Kurze monatliche Journalauszüge

aus der gesammten Fachlitteratur.

### zum Gebrauch für den praktischen Arzt.

Herausgegeben von *Dr. med. Eugen Graetzer in Friedenau-Berlin.*

Verlag von Carl Sallmann, Leipzig.

---

August

XV. Jahrgang

1906

---

#### **Anaemie, Chlorose. Erfahrungen über Blutan, einem**

**alkoholfreien Liquor Ferro-Mangani peptonati**, publicirt Dr. Alb. Kaiser (Dresden). Das von der Firma Dieterich-Helfenberg hergestellte Präparat — sie stellt ihn mit Acid-Albumin mittels Imprägnation mit CO<sub>2</sub> her — ist ein haltbares, alkoholfreies, therapeutisch wirksames, dabei vorzüglich schmeckendes Mittel, das Autor bei 35 Fällen wirklicher Anaemien mit bestem Erfolge angewandt hat. Nach der Behandlung, die sich auf ca. 6 bis 7 Wochen erstreckte, und während welcher 5—6 Flaschen Blutan genommen wurden, zeigte der Haemoglobingehalt eine beträchtliche Zunahme, die Pat. wurden frisch und gesund, arbeitsfähig. Sie bekamen dreimal täglich einen Esslöffel. Blutan wurde stets gut vertragen, auch bei vorhandenen Magenbeschwerden. Auch Kinder, scrophulöse, anaemische, nach Krankheiten (Masern, Diphtherie, Keuchhusten) reconvalescente Kinder erhielten Blutan (2—3 mal täglich ein Kaffeelöffel voll), und auch hier zeigte sich die appetitanregende, kräftigende und tonisirende Wirkung in vollem Maasse. Dazu kommt der billige Preis des Blutans (1 Flasche 1 Mk.).

(Therap. Monatshefte, April 1906.)

- **Ueber moderne Eisentherapie in der Kinderpraxis** lässt sich Dr. N. Swoboda (Wiener allgem. Poliklinik) aus. Er hat *Perdynamin* und *Lecithin-Perdynamin* bei 20 Kindern (von zehn Monaten bis neun Jahren) mit Anaemie, Rhachitis, Scrophulose, Tuberculose angewandt und sehr befriedigende Resultate erzielt. Alle Kinder hatten vorher mehr oder weniger häufig an Dyspepsien und Appetitlosigkeit gelitten. Die Präparate wurden stets gern genommen und gut



vertragen; sie wirkten nicht allein günstig auf die Anaemie, sondern hatten auch appetitanregenden Effect, sodass die kleinen Pat. sich rasch kräftigten und an Gewicht zunahmen.

(Wiener med. Presse 1906 No. 18.)

— **Erfahrungen mit Triferrol „Hell“** veröffentlicht Dr. K. Ganz.

Das von Salkowski entdeckte Triferrin ist paranucleinsaures Eisen mit einem Gehalte von 9% N, 2,5% P und 22% Fe. Um nun Triferrin bekömmlicher zu machen, hat die Firma Hell & Co. dasselbe alkoholisirt. Diese Triferrin-Essenz (Triferrol) wirkt durch den Gehalt an Weingeist besonders 'stomachisch und secretbildend, indem es die Functionen des Magens und Darmes fördert und bei Schwäche des Verdauungscanals und herabgekommener Ernährung, bei Reconvalescenten und chronischen Kranken den Zustand bessert und der Heilung zuführt. Autor wandte das Triferrol bei Chlorosen einfacher Natur, bei Anaemien nach Blutverlusten, acuten Infectiouskrankheiten, Tuberculose etc. an und erzielte allenthalben sehr befriedigende Erfolge.

(Therapeut. Rathgeber der „Aerztl. Central-Ztg.“ 1900 No. 9.)

— **Klinische Erfahrungen über Lacto** theilt A. Delavilla

(k. k. Allgem. Krankenhaus in Wien) mit. 'Lacto ist ein teigartiges Product von hellbrauner Farbe, welches leicht nach geröstetem Brod riecht und, in Wasser gelöst, etwa den Geschmack einer Fleischbrühe besitzt. Es ist leicht löslich in warmem Wasser und vollkommen keimfrei, weshalb es unbegrenzt haltbar ist. Es wird nur aus dem Casein und Serum entfetteter Milch hergestellt. Nicht nur durch seinen hohen Eiweissgehalt, sondern auch durch seinen Reichthum an Phosphor eignet sich Lacto auch ganz besonders in der Kinderpraxis zur Anwendung bei Rhachitis und anderen Stoffwechselkrankheiten, die auf mangelhafter Ernährung beruhen. In den 20 Fällen, in denen Lacto (in warmem Wasser oder Fleischbrühe, in Gemüse u. s. w.) zu 2—3 Kaffeelöffeln pro die verabreicht wurde, nahmen es die Pat. stets gern und vertrugen es durchaus gut. Lacto regte den Appetit an und hatte eine ausgezeichnete Wirkung auf den Ernährungszustand der Reconvalescenten nach schweren Krankheiten. Bei den Pat. mit primärer und secundärer A. besserte sich das Blutbild wesentlich; es stiegen der Haemoglobingehalt und die Zahl der Erythrocyten bedeutend. Auch bei Verwendung in Form von Nährklysmen erzeugte Lacto

keinerlei locale Reizerscheinungen; es wurde vom Darm leicht resorbiert und gut vertragen. Autor schildert zwölf Fälle (Erwachsene), bei denen Lacto in markanter Weise seine Wirkung entfaltete.

(Wiener klin. Wochenschrift 1906 No. 23.)

## **Anaesthesie, Narkose. Die Anaesthesie in der kleinen**

**Chirurgie** bespricht Marine-Stabsarzt Dr. zur Verth, indem er die Erfahrungen zu Grunde legt, die er bei 120 Aetherräuschen und 100 Leitungsanaesthesien im Jahre 1904/05 im Kieler Marinelazarett gewonnen hat. Was zunächst den *Aetherrausch* anbelangt, so giebt Autor jedem zu Berausenden  $\frac{1}{2}$  Stunde vor dem Rausch 0,01 g Morphium subcutan. Pat. wird dadurch vor und nach der Operation ruhiger, die Wirkung des Rausches wird bedeutend verlängert, wodurch häufig sich die Anfügung eines zweiten Rausches erübrigt. Zur Ausführung des Rausches ist jede Chloroform- und Aethermaske brauchbar, es genügt ein Tuch oder ein Mullbausch, der geknäuelte in ein zweites Tuch gelegt wird, damit letzteres den allzu freien Luftzutritt verhindere. Von den aufgegossenen 30 g Aether nimmt der zu Berausende, der vorher informiert ist, dass ihn trotz reichlichen Zutritts frischer Luft das Gefühl des Erstickens befällt, einige tiefe Athemzüge. Meist schläft er schon nach dem dritten bis vierten Athemzuge; es ist dabei oft nöthig, den zu Berausenden halten zu lassen, da Versuche, um sich zu schlagen, öfters vorkommen. Um sich vom Eintritt des Rausches zu überzeugen, unterhält sich Autor mit dem Kranken; die ersten Antworten, die die Kritik ruhiger Ueberlegung vermissen lassen, beweisen den Eintritt des Rausches. Das absolute Abschliessen von Luft (Wanscher'sche Maske) beschleunigt ja den Eintritt des Rausches, aber nur auf Kosten des Pat., der dann sofort mit Umsichschlagen etc. reagiert. Ein Ausbleiben des Rausches auch bei Alkoholikern kam nicht vor. Ist der Eingriff vor Wiedereintritt der Schmerzempfindlichkeit nicht vollendet, so bedarf es einer erneuten Gabe von 20—30 g Aether, die noch des Oefteren wiederholt werden kann. Doch genügt die erste Gabe meist für 5—10, unter Morphiumwirkung bis 20 Minuten. Natürlich muss da vorher das Instrumentarium völlig bereit stehen, das Operationsfeld durchaus vorbereitet sein u. s. w. Erleidet der berauschte Pat. nach dem Eingriffe keine Schmerzempfindung mehr, so zieht sich der rauschartige Zustand noch längere Zeit hin. Er erwacht gewöhnlich

mit einem Lustgefühl, nachdem er event. schöne Träume gehabt, lacht, singt, schwadronirt. Der gehobene Zustand weicht oft einer kurzdauernden Depression, die leicht bis zum Weinen führt. Die Exaltation kann jedoch auch in einen tobsuchtsähnlichen Anfall übergehen. Autor hält den ohne alle speciellen Hilfsmittel, ohne Mithülfe einer technisch geschulten Person ausführbaren Aetherrausch für die Methode der Wahl bei allen kleineren Eingriffen, bei denen die locale Anaesthesia Schwierigkeiten bietet, ferner bei grösseren Eingriffen, besonders im Verein mit Leitungsanaesthesia, wenn der Pat. eine Narkose nicht erträgt. Sie ist im Stande, die Narkose in vielen Fällen zu verdrängen. Periproctitische Entzündungen, Mastdarmfisteln, Haemorrhoiden, Incisionen in grosse Phlegmonen, Furunkel, Exarticulation der Zehen und Finger im Grundgelenk, Resection von Rippenstücken, Drüsenabscesse, Zahnextraktionen, Versorgung tiefergehender Verletzungen und dergl. sind die Domäne des Aetherrausches. Die *Infiltrationsanaesthesia* erfordert eine gute Pravazspritze aus Glas oder Metall und Glas (Luer, Lieberg, Record) und 0,1%ige Cocainlösung, von der bis 50 g verwendet werden dürfen. Das Cocain wird in 0,9%iger Kochsalzlösung gelöst; oft ist ein Nebennierenzusatz (3—5 Tropfen der käuflichen Suprareninlösung auf die ganze Menge der Cocainlösung) sehr erwünscht. In brauchbarer Mischung werden (Pohl in Schönbaum) Tabletten hergestellt, die 0,01 g Cocain, 0,00013 g Suprarenin. boric. und 0,009 g Chlornatrium enthalten; man löst sie in 1 g sterilem Wasser und setzt 9 g sterile Kochsalzlösung zu. Die Technik der Einspritzung ist einfach; jeder Gewebstheil, der anaesthetisch werden soll, bedarf der Infiltration, die stets von schon infiltrirten Stellen aus geschieht. Eine kleine Quaddel in die obersten Lagen der Haut gespritzt, gestattet schmerzloses Vordringen in und durch die Haut. Der erste Stich durch die oberste Haut ist das Einzige, was gefühlt werden darf. Eine Infiltration der Haut selbst ist, wenn ausgedehntere Lagen des Unterhautzellgewebes infiltrirt werden, bei Anwendung von Nebennierenpräparaten und bei genügendem Abwarten nach der Einspritzung nicht nothwendig. Wer Tabletten nicht vorrätig hat, halte sich Pulver von 0,02 g Cocain bereit und löse ein solches unter Zusetzung von etwa fünf Tropfen Suprarenin in 20 g 0,9%iger Kochsalzlösung, nachdem letztere einige Minuten gekocht hat. Eine solche Lösung hat sich in der Praxis immer als genügend steril erwiesen. Sie wurde täglich

von Neuem bereitet im Erlenmeyer'schen Kölbchen, das nach Entnahme zum Gebrauch in sterile Schälchen mit einem abgesenkten Wattepfropfen verschlossen wurde. Ueber 24 Stunden alte Lösung wurde nicht verwendet. Zur Anaesthesirung entzündlich veränderter Gewebe eignet sich im Allgemeinen die Infiltrationsanaesthetie nicht; hier tritt die Leitungsanaesthetie und der Aetherrausch in seine Rechte. Immerhin lässt sich die Haut über entzündlichen Processen, z. B. bei erysipelatösen Phlegmonen, wenn man den Aetherrausch vermeiden will, durch Infiltration genügend anaesthesiren; mehr zu empfehlen ist im Interesse einer ruhigen Arbeit der Aetherrausch auch bei nicht scharf umgrenzten Entzündungen. Auch bei nicht entzündlichen Processen darf die Schädigung des Gewebes durch die Infiltration nicht ausser Acht gelassen werden; es ist daher möglichst wenig Lösung einzuspritzen, ferner auf jede Art, besonders durch möglichst glatte Schnitte für Schonung des Gewebes zu sorgen. Das eigentliche Gebiet der Infiltrationsanaesthetie ist die Exstirpation kleiner Geschwülste, Atherome, Lipome, Fibrome, kleiner Drüsen, Narben. — Die *Leitungsanaesthetie* wird ebenfalls mit einer guten Pravazspritze (s. oben) und  $\frac{1}{2}$ —1%iger Cocainlösung ausgeführt. Es kommt hauptsächlich die perineurale Injection in Betracht. Die wesentliche Bedingung für den Eintritt der Anaesthetie im Ausbreitungsbezirk des Nerven ist das Festhalten der eingespritzten Lösung durch längere Zeit an der Einspritzungsstelle. Es ist dazu die Abschnürung der betreffenden Extremität da. Aber diese ist zu schmerzhaft und wird nur bei Fingern und Zehen benützt. Hier bleibt die unveränderte Oberst'sche Methode, bestehend in Abschnürung und Umspritzung der vier Nervenstämme mit Cocain die souveräne Methode, da hier der Abschnürungsschmerz ganz erträglich ist. Ihr Ersatz durch Nebennierenpräparate schädigt die schon von Natur aus nicht günstigen Blutstromverhältnisse des Fingers so, dass nach demselben fast stets zunächst eine Propagation des entzündlichen Processes erfolgt. Nach Abschnürung des Fingers oder der Zehe sticht Autor von der Rückseite neben dem Knochen ein und deponirt  $\frac{1}{4}$  g der 1%igen Cocainkochsalzlösung, die entsprechend der bei Infiltrationsanaesthetie erwähnten in einem zweiten Erlenmeyer'schen Kölbchen hergestellt wurde, zwischen Haut und Knochen, sticht dann ohne herauszugehen bis zur Beugeseite durch und deponirt dort wieder  $\frac{1}{4}$  g, zieht dann die Nadel heraus und geht an der anderen Seite

des Knochens ebenfalls von rückwärts in gleicher Weise vorgehend wieder ein. Die Anaesthetie des ganzen peripherwärts der Injectionsstelle liegenden Theiles tritt an der Injectionsstelle beginnend und peripherwärts fortschreitend, in 5—8 Minuten ein und ist absolut. Für alle anderen Arten der Leitungsanaesthetie ist diese erst durch Einführung der Nebennierenpräparate brauchbar gemacht worden. Die Hackenbruch'sche Methode setzt eine Kenntniss des Verlaufs der Nervenbahnen nicht voraus, sie umgiebt vielmehr das zu anaesthetisirende Gebiet rautenförmig mit subcutanen Depots und setzt so eine Anaesthetie der innerhalb der eingespritzten Figur liegenden Gebiete. Die Domäne dieser Anaesthetie, die natürlich mit der Infiltrationsanaesthetie beliebig combinirt werden kann, sind grössere gutartige Tumoren der äusseren Bedeckungen, dann Furunkel und Narben. Indes ist die Anaesthetie oft nicht ganz absolut, da ein etwa aus der Tiefe hervortretender Nervenast, wenn er nicht umspritzt wurde, im Stande ist, noch Schmerzempfindung zu vermitteln. Es ist deswegen eine völlige Umspritzung eines Tumors auch in der Gegend seiner Unterlage zu empfehlen. Die Braun'sche Methode ist die idealste, aber leider für die Praxis nicht sehr brauchbar. Sie setzt die Kenntniss des Verlaufs der Nervenbahnen und des Nervenausbreitungsbezirks voraus. Trotz Uebung gelingt es nicht immer, die Punkte richtig zu treffen; wenn die Anaesthetie gelingt, ist sie freilich überraschend schön. Nur in wenigen Fällen ist die Methode auch dem Praktiker als leicht ausführbar zu empfehlen. So am Gliede, z. B. bei der Phimosenoperation. Braun spritzt hier seine Cocain-Suprareninlösung ohne Abschnürung des Gliedes bei völlig vorgezogener Vorhaut central der Rinne, zweimal an der Dorsalseite und einmal an der unteren Seite einstechend, ringförmig an der unteren Seite einen zur Spitze hinweisenden Winkel bildend, ein. Die Anaesthetie tritt nach drei bis zehn Minuten ein und ist eine absolute. Bei Zahnextraktionen wird die Methode in der Leipziger chirurg. Klinik mit bestem Erfolge ausgeführt.

(Münchener med. Wochenschrift 1906 Nr. 19.)

— **Ueber Novocain in der Urologie** macht Dr. R. Lucke (Magdeburg) Mittheilung. Novocain verdient hier überall da dem Cocain vorgezogen zu werden, wo Veranlassung ist, dieses letztere mit Epiprenan oder Suprarenin zusammen anzuwenden. Die vordere Harnröhre wird unempfindlich gemacht,



indem man 2—5—10 ccm 1%ige Novocainlösung, der unmittelbar vor dem Gebrauch 3—5 Tropfen Epirenalösung zugesetzt werden, einspritzt. Die Lösung wird wenigstens zehn Minuten zurückgehalten und namentlich dann durch Streichen von aussen vertheilt, wenn man nur wenig eingespritzt hat. Füllt man die vordere Röhre möglichst stark und streicht man kräftig rückwärts, so gelingt es auch in der Regel, die hintere Röhre mit unempfindlich zu machen; für diesen Zweck thut man gut, den Epirenanzusatz hoch zu nehmen, wenigstens fünf Tropfen, man kann aber auch bis zu zehn Tropfen gehen. Die hintere Röhre kann man gut anaesthetisiren, indem man direct in sie die 1%ige Novocain-Epirenalösung bringt. Am bequemsten benützt man dazu die Guyon'sche Instillationsvorrichtung und träufelt ganz langsam in fünf oder noch besser zehn Minuten 2—3 ccm mit 6—10 Tropfen Epirenalösung ein. In die Blase bringt man 1 ccm Epirenalösung auf 100 oder mehr ccm Wasser und fügt nach etwa acht Minuten 5 ccm oder mehr — auf 20 ccm der verdünnten Epirenalösung 1 ccm — 10%ige Novocainlösung hinzu; die so entstandene ungefähr 0,5%ige Novocainlösung bleibt entweder während der Operation in der Blase oder doch wenigstens 15 Minuten darin, weil sonst genügende Anaesthetie nicht entsteht.

(Monatsschrift f. Harnkrankheiten u. sexuelle Hygiene 1906 Nr. 3).

- **Novocain in der Urologie** wandte auch Dr. Freemann (Berlin, Dr. M. Joseph's Poliklinik) an, und zwar bei gewissen Fällen von *acuter Gonorrhoe*. Diese Fälle betrafen Pat., welche über heftige Schmerzen während der Injectionen klagten, oder solche, deren *Musc. compressor urethrae* so stark war, dass ein Anaestheticum sie erst in den Stand setzen musste, die Injectionsflüssigkeit bis in die Blase durchdringen zu lassen, ohne dass es unerträgliche Schmerzen verursachte. Solcher Fälle gab es 45, und nie wurden dabei schädliche Nebenwirkungen beobachtet. Wichtig ist auch, dass man das Novocain mit einem Antigonorrhoicum combiniren kann, da sich hierdurch bei einem Uebertreten der Injectionsflüssigkeit jenseits des *Musc. compressor urethrae* die Gefahr von Complicationen wesentlich verringert. Es wurden also 10 ccm der Lösung: Novocainnitrat 3,0 — Albargin (1:1000) 100,0 in die Urethra eingespritzt und der Pat. angewiesen, den Meatus geschlossen zu halten und die Flüssigkeit 10 Minuten in der Urethra verweilen zu lassen. Sodann wurde die Urethra anter.

mit der Janet'schen Spritze und Albarginlösung (1 : 1000) völlig gereinigt und etwa 400 ccm bis in die Blase gespritzt, worauf der Pat. uriniren durfte. Für die Selbstbehandlung der Pat., welche nur ausnahmsweise stattfand, erwies sich die Anaesthetisirung nur dann vortheilhaft oder nothwendig, wenn die Janet'sche Spritze gebraucht werden sollte und die Harnröhrenschleimhaut sehr angegriffen war. Die Novocain-Albarginlösung wurde nur während der ersten Tage der Behandlung, bis das acute Stadium vorüber war oder bis Pat. den Musc. sphincter beherrschen und die Lösung in die Blase durchlassen konnte, angewandt. Es genügte stets die angegebene Concentration, in der sich auch das Präparat als frei von jeder Reizwirkung erwies. Es leistete in obigen Fällen ausgezeichnete Dienste.

(Dermatolog. Centralblatt Mai 1906.)

### **Blutungen. Ueber die Prophylaxe der Magenblutungen**

giebt Dr. J. Boas (Berlin) beherzigenswerthe Rathschläge. Fragen wir zunächst, ob wir nicht die Möglichkeit besitzen, die Magen- oder Darmblutungen schon in ihrem allerersten Beginne zu erkennen und sie dann gewissermaassen im Keime zu ersticken. Wir werden gewiss nicht in allen Fällen in der Lage sein, prophylaktisch vorzugehen, da z. B. zahlreiche Ulcusfälle sich entweder ganz latent entwickeln und dann ohne alle Vorboten sich kundgeben oder auch ganz acut (nach Trauma, Indigestion etc.) entstehen. Bei schweren B. aus anderen Ursachen, namentlich bei arteriellen oder varicösen, möglicherweise auch bei Stauungsblutungen, kann naturgemäss von einer prophylaktischen Behandlung keine Rede sein. Immerhin bleiben noch Fälle genug übrig, bei denen der ganze Entwicklungsgang die Möglichkeit zulässt, die allerersten Manifestationen der B. zu erkennen. Wie oft kommen nun Vorläufer manifester B. beim Magengeschwür vor? Autor hat 60 Fälle von Ulcus ventriculi auf occultes Blut in den Faeces resp. im Mageninhalt untersucht; das Ergebniss war in 35 Fällen ein positives, in 25 ein negatives. Also in der Mehrzahl der Fälle begegnen wir Frühblutungen, und wir sind so in der Lage, einmal ein Ulcus sicherer zu diagnosticiren, sodann aber auch dem weiteren Umsichgreifen der B. schon im ersten Beginn ein erfolgreiches Halt zu gebieten. Führen nun aber diese kleinen B. so oft zu manifesten Magenblutungen? Autor bejaht dies auf Grund seiner Erfahrungen und glaubt auch den Satz vertreten zu können, dass in der grossen Mehrzahl der



Fälle von Ulcus (und auch Carcinom!) den schweren B. kleinere, oft nur occulte, die Faeces vielleicht nur ganz wenig verändernde Blutaustritte vorausgehen. Das sind gewöhnlich die Fälle, bei denen die Pat. von „dunklen“ Stühlen sprechen. Diese farbliche Veränderung dauert nur wenige Tage, dann kann der Stuhl wieder völlig normal sein. In der prophylaktischen Behandlung der Magenblutungen liegt zweifellos eine wohlberechtigte therapeutische Indication, und wir thun gut, den minimalsten B. grosse Sorgfalt zu widmen und nicht eher zu ruhen, bis wir ihrer dauernd Herr geworden sind. Man hat ferner die Pflicht, Fälle von chronischem Magengeschwür mit occulten B. nicht früher aus der Behandlung zu entlassen, bis eine mehrfach wiederholte Untersuchung der Injectionen ein negatives Ergebniss aufweist. Endlich haben wir die Pflicht methodischer, in kurzen Intervallen erfolgreicher Stuhluntersuchungen auf Blut bei solchen Personen, welche erfahrungsgemäss zu Recidiven des Magengeschwürs resp. zu B. aus dem Magendarmcanal in Folge anderer Ursachen neigen. Der Nachweis einer occulten Blutanwesenheit muss stets als Alarmsignal gelten, das uns zwingen muss, den Fall auf das sorgfältigste zu überwachen. Die therapeutische Prophylaxe hat principiell folgende Aufgaben zu erfüllen: erstens die kleinen B. sobald als möglich zum Schwinden zu bringen und zweitens, das diesen zu Grunde liegende Leiden, falls möglich, zur Heilung zu bringen. Was ersteres anbelangt, so gehört ein Pat. mit occulten B. in's Bett. Hiervon macht nur der Carcinomkranke eine Ausnahme, bei dem auch Bettruhe dauernde Blutstillung nicht bewirkt, so dass eine solche nur bei sehr heftigen B. indicirt erscheint. Sonst aber ist Bettruhe so lange geboten, bis die occulten B. völlig aufgehört haben. Als geeignetstes blutstillendes Mittel hat sich wie für manifeste so auch für occulte B. die Milcheur erwiesen. Ferner pflegt Autor in allen Fällen von occulten B., desgleichen auch bei acuten schweren B., wenn das Blut nicht in den ersten drei Tagen steht, wiederholt rectale Eingiessungen von  $\text{CaCl}_2$ -Lösungen (10—20:100) zu machen, denen eine günstige Einwirkung nicht abgesprochen werden kann. Heilung des Grundleidens können wir noch am sichersten beim Ulcus erwarten. Es ist hier zu betonen, dass occulte B. in Fällen vorkommen, die sonstige klinische Symptome des Ulcus noch nicht aufweisen. Wo dieser Verdacht vorliegt, muss die Behandlung der des typischen Ulcus entsprechen. In dieser Hinsicht hat sich

nun die Leube-Ziemssen'sche Behandlungsmethode (Milch, Karlsbader, heisse Breiumschläge) mit Recht eine dominirende Stellung erworben. Freilich wird man, wenn B., selbst kleinste, vorliegen, nur die erste Componente (Milch) anwenden, daneben die Chlorcalciuminjectionen und eine Eisblase resp. hydropathische Umschläge. Die Domäne der Leube-Ziemssen'schen Methode bilden die nicht oder nicht mehr blutenden Geschwüre. Bei der weiteren Behandlung des blutenden Ulcus ist der schwierigste Punkt das Avanciren in der Diaet. Hier setzt nun in glücklichster Weise die Prüfung auf occulte B. ein. So lange die Untersuchung der Faeces ein positives Resultat ergibt, dürfen wir in der Kost nicht weiter gehen. Aber auch für die objective Verträglichkeit der neuen Kost besitzen wir in der Probe auf occultes Blut einen ausgezeichneten Beurtheilungsmaassstab. Unmittelbar nach der neuen Kostordnung muss drei Tage lang regelmässig auf occultes Blut untersucht werden. Von dem Ausfall der Probe kann erst abhängig gemacht werden, ob die Kost die passende ist oder nicht. Leider ist die Methodik dieser Blutuntersuchungen noch keineswegs eine abgeschlossene, und man kann z. B. noch nicht alimentäres und endogenes Blut unterscheiden. Erst wenn es gelungen sein wird, eine brauchbare Methode zur Unterscheidung von Thier- und Menschenblut im Mageninhalt und in Dejectionen zu finden, wird die Lehre von den occulten B. zu den sicheren Errungenschaften der klinischen Diagnostik gehören.

(Deutsche med. Wochenschrift 1906 No. 18.)

- **Ueber tödtliche Magenblutungen bei sehr kleinen Magengeschwüren** sprach Simmonds. Derselbe hat mehrfach tödtlich verlaufende B. aus minimalen flachen, runden Magengeschwüren gesehen. Er berichtet über ein 24jähr. Mädchen, das in den letzten Jahren 3 mal an Haematomesis gelitten hatte. Vor 14 Tagen trat wieder ein heftiger, zehn Tage währender Anfall auf, vier Tage nach Sistiren der Blutung starb das sehr anaemische Mädchen an Pneumonie. Im Magen fanden sich drei feine strahlige Narben als Residuen der geheilten Ulcera. An einer Stelle der hinteren Magenwand fand sich ein ganz flaches 2 mm im Durchmesser betragendes Ulcus und inmitten desselben eine arrodirt kleine Arterie. Die Auffindung derartiger Ulcera ist schon für den Anatomen schwer, für den operirenden Chirurgen dürfte sie meist unmöglich sein. Derartige Befunde machen es verständlich, dass

auch Magengeschwüre, die die schwersten B. verursachen, rasch und fast spurlos heilen können. Sie lehren, dass auch bei wiederholt im Laufe von Jahren auftretenden B. verschiedene kleinste, rasch heilende Geschwüre den Anlass geben können. Ausser Chlorose fand sich keine für die Entstehung der Ulcera verantwortlich zu machende Veränderung bei dem Mädchen.

(Biologische Abtheilung des ärztl. Vereins Hamburg, 27. II. 06. —  
Münchener med. Wochenschrift 1906 Nr. 19.)

- Einen Fall von **Operation bei Barlow'scher Krankheit** führt Dr. H. Riese (Kreiskrankenhaus Britz bei Berlin) vor. 14monatiger Knabe, zur Operation wegen acuter multipler Osteomyelitis eingeliefert. Hat eine Temperatur von fast 40° und mächtige Auftreibungen der Diaphyse des rechten Femur und der rechten Tibia, an der Nachbarschaft des Kniegelenkes, und so schmerzhaft, dass das Kind auch in absoluter Ruhe fortwährend wimmert. Auch Autor dachte da zunächst an Osteomyelitis; als er aber starke blutige Suffusionen des Zahnfleisches constatirte, wusste er, was vorlag, zumal ihm auch auffiel, dass die Schwellung am Bein absolut auf den Knochen resp. das Periost beschränkt war, dass die entzündliche Schwellung der tiefen Musculatur, wie wir sie bei Osteomyelitis gewöhnlich haben, völlig fehlte, — ein für die Differentialdiagnose wichtiges Moment! Da das Kind sehr geschwächt war, nichts genoss und nicht schlief, wollte Autor vor Allem die Schmerzen mildern, d. h. das Blut ablassen. Durch je einen bis auf den Knochen geführten kleinen Schnitt an Femur und Tibia in der Nähe der unteren, resp. oberen Epiphyse entleerte er grosse Mengen flüssigen, unter dem äusserst gespannten Periost liegenden Blutes und tamponirte die Wundhöhle leicht. Sofort Schmerzen weg, sehr bald auch das Fieber. Nach drei Wochen völlige Heilung. — Wenn auch in ähnlichen Fällen wohl Spontanheilung eintreten kann, so wäre eine solche in einem so schweren Falle keineswegs sicher zu erwarten gewesen, und ein operativer Eingriff war durchaus berechtigt, wenn auch vor blutigen Eingriffen bei Barlow'scher Krankheit wegen der Neigung zu Nachblutungen gewarnt wird. Aber die enorme Spannung des Periosts, welche die Schmerzen hervorrief, rechtfertigten allein schon den Eingriff, zumal auch das Fieber wohl durch Blutresorption bewirkt wurde. Durch Entleerung des Blutes wurde denn auch beides prompt beseitigt. Die Operation ist auch nur

bei ganz schweren Fällen mit sehr ausgedehnten Haematomen indicirt, und ist hier Incision und Tamponade zu empfehlen, nicht Punction, da letztere eine Nachblutung in die subperiostale Höhle nicht sicher vermeiden lässt. Die Oertlichkeit der Haematome gestattet, die Operation so gut wie blutleer zu gestalten, Narkose ist nicht nothwendig, und durch kurze Tamponade schützt man sich vor Nachblutung.

(Deutsche med. Wochenschrift 1906 No. 21.)

### **Diabetes. Magolan (Calciumanhydrooxydiaminphosphat),**

ein neues, organisches Phosphorpräparat zur Behandlung von D. mellitus, empfiehlt Dr. Nachmann (San Francisco). Magolan ist aus den Samen von „Lupinus arabeus“ dargestellt; aus der Familie der Papilionaceen stammend, wird die Pflanze im Nilthal, wo sie wächst, seit langem von den Eingeborenen bei Stoffwechselkrankheiten angewandt. Es wurde daraus die Aminverbindung der organischen Phosphorsäure als Kalksalz dargestellt, und diese übt, wie sich zeigt, eine spezifische Wirkung auf den D. aus. Die Ausscheidung von Phosphorsäure durch den Harn ist bei D. eine bedeutend höhere, als bei anderen Krankheiten, und Autor nimmt an, dass dieser Verlust das pathologische Moment beim D. ist und die Zuckerausscheidung nur die Folgeerscheinung. Es war festzustellen, ob nicht durch den starken Verlust an Phosphorsäure die glykogenbildenden Functionen der Leber beeinflusst werden und dadurch die vermehrte Ausscheidung von Traubenzucker erfolgt. Es musste dies der Fall sein, wenn es gelang, durch Zuführung von Phosphorsäurepräparaten den Bestand im Organismus an dieser Säure anzureichern und dadurch Zurückgehen der Zuckerausscheidung zu erzielen. Und dies gelang! Das Resultat der Magolandarreicherung war ein erstaunliches. Trotz Anreicherung des Organismus mit Phosphorsäure in Form von Magolan, nahm der Gehalt an Phosphorsäure im Harn ab und ebenso prompt ging der Gehalt an Zucker herunter und damit auch die übrigen Erscheinungen des D. Das Präparat, das völlig ungiftig und billig ist, wird von Apotheker O. Braemer, Berlin SW. 11, in dragirter Pillenform in den Handel gebracht.

(Aerztl. Rundschau 1906 No. 19.)

— Ueber Anaesthesin-Ritsert als juckstillendes Mittel fällt Dr. Fritz Freund (Prag) ein sehr günstiges Urtheil. In Form einer 10%igen Salbe (Lanolin) angewandt, be-



währte sich das Mittel besonders bei *Pruritus diabeticorum*, *senilis*, *vulvae*. Autor führt als Beispiel einen sehr hartnäckigen Fall vor, wo *Pruritus diabeticorum* und *senilis* vereinigt waren und zum Verschwinden gebracht wurden; es wurden hier freilich 300 g Anaesthesin zur Anwendung gebracht in einem Zeitraum von zwei Monaten, was aber nicht die geringsten nachtheiligen Nebenwirkungen hervorbrachte.

(Die Therapie der Gegenwart, Juni 1906.)

- **Zuckerbestimmung im Harn mittels einer Modification der Trommer'schen Probe** empfiehlt K. Simrock (Hospital z. heil. Geist in Frankfurt a. M.). Diese Modification, von einem Amerikaner eingeführt, ist jetzt als „Hein'sche Lösung“ in der Bonner Klinik eingeführt. Auch Autor hat sie erprobt und sagt darüber: „Die Hein'sche Lösung ist folgendermaassen zusammengesetzt:

Rp. Cupr. sulf. 2,0  
 Aqu. dest.  
 Glycerin. aa 15,0  
 5%ige Kalilauge 150,0.

Die Vorzüge dieser modificirten Trommer'schen Probe sind: Dem praktischen Arzt ist ein äusserst haltbares, fertiges Reagens gegeben, welches tiefblau, durchsichtig ist, beim Kochen sich nicht verändert und bei Anwesenheit von Zucker eine scharfe Reaction giebt. Man muss die Lösung kochen, nicht nur erhitzen wie bei der Trommer'schen Probe. Durch das Glycerin wird das Reagens tief dunkelblau gefärbt, geklärt und äusserst haltbar. Eine Zersetzung wie bei der Fehling'schen Lösung tritt nicht ein. Bei der Nylander'schen Probe ist das lange Kochen sehr lästig. Gegenüber den Nitropropioltabletten hat sie den Vorzug, dass man eine fertige Lösung hat, die kurz ausgekocht die Reaction giebt. Zur Hein'schen Probe sind nur 10—15 Tropfen Urin nöthig. Was nun die Schärfe der Reaction betrifft, so habe ich noch mit Sicherheit bei 15 Tropfen einer 0,05%igen Zuckerlösung die Reaction erhalten. Die Lösung färbt sich im positiven Ausfall durch Bildung von Kupferoxydul roth bis rothbraun. Dieser Farbumschlag ist wohl auch genauer zu constatiren wie der Uebergang von blau in dunkelblau bei den Nitropropioltabletten. Der Vorbehalt, den man bei der Fehling-, Trommer- und Nylander'schen Reaction machen muss, dass sie leicht durch andere Stoffe wie z. B. Medicamente, Harnsäure, Kreatinin, Glykonsäure

etc. gestört werden, gilt im beschränkten Maasse auch für die Hein'sche Lösung. Bei meinen Untersuchungen fand ich in dieser Beziehung, dass die Reaction durch Glykonsäure, allerdings in grösseren Mengen als sie im Harn vorzukommen pflegt, und durch Chloroform hervorgerufen wird, weshalb man letzteres auch nicht zur Conservirung des Harns verwenden soll. Grössere Mengen von Harnsäure sind im Stande, die Lösung zu entfärben, ebenso stört Kreatinin, in Mengen wie es kaum im Harn vorkommt, und Carbolsäure die Reaction. Nun giebt es aber noch Stoffe, welche die Hein'sche Lösung etwas verändern, ohne aber bei Anwesenheit von Traubenzucker die Reaction hintanzuhalten, z. B. Terpentin, gewisse Salicylpräparate (z. B. Aspirin). Andere Medicamente wie Jod, Senna, Salipyrin, Salol, Phenacetin, Antipyrin, Natron-salicyl u. a. bleiben ganz ohne Einfluss auf die Hein'sche Lösung. Eiweiss, auch in grossen Mengen, und Gallenfarbstoffe haben keinerlei Einfluss. Man muss sich nur merken, dass man wenig Urin (etwa 12—15 Tropfen) zu nehmen hat und immer mindestens so viel von der Hein'schen Lösung, bis die Menge im Reagensglas mit dem Harn ungefähr die Farbe der Stammlösung hat, und dass pathologische Zuckermengen eine rothe Reaction von Kupferoxydul geben müssen. Eine Vorbehandlung des Urins mit Plumbum aceticum ist nicht nothwendig. Bei einiger Uebung ist es möglich die Zuckermengen ganz ungefähr zu taxiren, da die Reaction um so schneller eintritt, je mehr Zucker der Harn enthält. So z. B. tritt sie bei 1% Zuckerlösung bei zwölf Tropfen in die Hein'sche Lösung schon beim Erwärmen ein. Bei geringeren Mengen wie 0,05 % muss man entsprechend mehr Urin nehmen und länger kochen. Bei ganz geringen Mengen tritt dann erst beim Erkalten der rote Kupferoxydul-Niederschlag auf. Man kann auch aus der Menge des Kupferoxydul, welches beim Erkalten sich auf den Boden setzt, einen Rückschluss auf den Procentgehalt des Zuckers ziehen. Um den Urin möglichst vor Zersetzung zu schützen, ist es in der Praxis meist üblich, denselben mit Chloroform zu versetzen. Diese Methode ist aber ganz zu verwerfen, hierbei kommt mit der Fehling-, Trommer- und sogar mit der Nylander'schen Probe eine Zuckerreaction zu stande. Ein Umstand, auf den schon Herr Prof. Dr. Treupel in einer Fussnote seiner Arbeit: Stoffwechseluntersuchung bei einem mit Thyrojodin behandelten Falle hingewiesen hat. Die Hein'sche Lösung



ist nun durch den Glycerinzusatz haltbar gemacht und hierdurch veranlasst, suchte ich auch den Urin mit Glycerin zu konserviren. Es gelang gut und die übrigen Reactionen auf Eiweiss, Indican, Diaco und Gallenfarbstoffe werden in keiner Weise durch die Anwesenheit des Glycerin gestört.“

(Münchener med. Wochenschrift 1906 No. 18.)

### **Gonorrhoe.** Ueber **Augenentzündung der Neugeborenen**

und 1%ige **Höllensteinlösung** lässt sich Geh. Med.-Rath Dr. Leopold (kgl. Frauenklinik Dresden) aus und zeigt an 7287 Fällen, dass die prophylaktische Einträufelung der 1%igen Höllensteinlösung vollständig ebenso wirkt, wie die der 2%igen Lösung, und dabei vollkommene Reizlosigkeit des Auges garantirt. Aus seinen Erfahrungen schliesst er: „Die nach Credé genaueste Ausführung des Verfahrens, die Verwendung einer 1%igen, möglichst frisch bereiteten Höllensteinlösung, das Sichvertheilenlassen nur eines Tropfens dieser Lösung auf der Cornea, mittels eines abgerundeten, unbedingt sauberen Glasstäbchens, und dann das Inruhelassen der Augen, ohne Nachbehandlung oder Nachträufelung eines anderen Mittels, dies Verfahren, das wohl kaum einfacher noch gestaltet werden kann, garantirt mit voller Sicherheit die Verhütung der Augenentzündung für die erste Lebenswoche. Kommt hinzu eine peinliche Ueberwachung von Mutter und Kind auch für das weitere Wochenbett, so kann ein Kind auch vor einer nachträglichen Infection bestimmt geschützt werden.“ Autor hatte nur fünf Frühinfectionen (= 0,06%) und dreizehn Spätinfectionen (= 0,17%), ohne nennenswerthe Reizung der Bindehäute durch das Einträufelungsmittel.

(Münchener med. Wochenschrift 1906 No. 18.)

- **Zur Verhütung der gonorrhoeischen Ophthalmoblennorrhoe mit Sophol** ergreift Prof. Dr. O. v. Herff (Frauenspital Basel-Stadt) das Wort. Die Argentumeinträufelung hat die Zahl der Ophthalmoblennorrhoe-Erkrankungen zwar bedeutend herabgesetzt, aber nicht ganz beseitigt, auch bewirkt *Argent. nitric.* doch nicht selten Augenreizungen. Man versuchte daher Ersatzmittel, und zwar mit Erfolg. In den Jahren 1901—1904 wurden vom Autor 3009 Kinder mit 10%igen *Protargoleinträufelungen* geschützt; es wurde keine Frühinfection beobachtet und nur zwei Spätinfectionen (0,06%), womit sich Protargol dem Höllenstein sogar als überlegen erwies. Dabei reizt Protargol das Auge weit weniger, als Höllenstein. Nun hat es freilich den Nach-



theil, dass seine Lösungen sorgfältig vorgenommen werden müssen. Autor benützte dann das noch weniger reizende *Argyrol*, mit dem er 650 Kinder schützte. Es wurde nicht eines davon inficirt. Aber der Silbergehalt des Präparates war kein constanter, und Autor ging zu dem unterdessen von den Farbenfabriken *Bayer & Co.* in Elberfeld hergestellten *Sophol* über, einem Formonucleinsilber. Versuche zeigten zunächst, dass *Sophol* ein völlig reizloses Präparat ist, dabei stark desinficirt. Es wurde (erst in 10%iger, dann in 5%iger Lösung, die reichlich in die Augen eingebracht wurde) bei 1200 Kindern angewandt (mit *Argyrol* und *Sophol* zusammen 1700), wovon nur ein einziges eine Frühinfection bekam (hier lagen aber ganz besondere Verhältnisse vor), keines eine Spätinfection. Es wurden also vom Autor nach Aufhebung der Höllesteinbehandlung 4709 Kinder mit anderen, weit milderem Silbereiweisspräparaten geschützt, wobei nur eine Frühinfection und zwei Spätinfectionen vorkamen, = 0,06%, während bei *Arg. nitr.* 0,2% Erkrankungen gezählt wurden. *Sophol* ist so reizlos, dass es auch Laienhänden ruhig anvertraut werden kann, und Autor glaubt, dass es in Zukunft als Vorbeugungsmittel gegen gonorrhoeische Ophthalmoblennorrhoe an die Stelle des Höllesteins treten wird.

(Münchener med. Wochenschrift 1906 No. 20.)

- **Die Gonorrhoebehandlung mit Stauungshyperaemie** hat Dr. S. Jacoby (Berlin) mit einem von ihm construirten Saugapparat\*) mit Erfolg angewandt, und zwar bei chronischen Fällen, sowie bei subacuten der Urethra anter., die keine Reizung boten und wenig Secret lieferten. Er hatte den Eindruck, dass die infiltrirten Stellen sehr günstig beeinflusst wurden, und dass ihre Resorption schneller als sonst erfolgte. Die Stauungsbehandlung bewirkt auch eine Flächenvergrößerung und ist in gewissem Sinne eine Dilatationsbehandlung durch Hyperaemie.

(Berliner klin. Wochenschrift 1906 No. 28.)

- **Zur Frage der gonorrhoeischen Exantheme** liefert Dr. N. Meyer (Wildungen) einen Beitrag. Ein 21jähr. Mensch, der seit sechs Wochen an Ausfluss leidet (in dem sich zahlreiche Gonokokken befinden) und seit drei Wochen eine Hoden- und Nebenhodenentzündung hat, bekommt dann plötzlich schmerzhaftes Schwellen beider Fussgelenke

\*) Firma Louis & H. Loewenstein (Berlin).

und Waden, gleichzeitig ausserdem auf beiden Beinen ein Exanthem, bestehend aus blaurothen, stecknadelkopf- bis bohnergrossen, annähernd rundlichen und zum Theil confluirenden maculösen und papulösen Efflorescenzen, welche am Rande dunkler roth erscheinen als im Centrum. Auch an den oberen Extremitäten stellen sich später Gelenkschwellungen ein, die Affection zieht sich ziemlich lange hin. Es handelte sich also um Gelenkergüsse, Muskelschwellungen und ein Exanthem bei einem an florider G. leidenden Mann. Wäre die G. nicht vorhanden gewesen, so hätte man an Purpura haemorrhagica oder Peliosis rheumatica denken können. So musste man aber sofort an einen Zusammenhang mit der G. denken, da auch die Diagnose Arzneiexanthem auszuschliessen war. Pat. hatte zwar Sandelholzöl erhalten, aber Exantheme danach sind äusserst selten, die Art der Eruptionen sprach auch dagegen, mehr noch das überraschend gleichzeitige Auftreten von Exanthem und Gelenk- und Muskelaffectio. Die gleichartige Ursache für alle diese Zustände konnte nur in einer Gonokokkentoxinwirkung liegen.

(Dermatolog. Centralblatt Mai 1906.)

## **Magen- und Darmkatarrhe. Ueber Pepsin-Salzsäure**

als *Stomachicum* beim Säugling theilt Dr. L. F. Meyer (städt. Kinderasyl Berlin) seine Erfahrungen mit. Er stellt für drei Kategorien von Säuglingen die Indication zur Verordnung von Pepsinsalzsäure auf.

1. Säuglinge, die ohne jede nachweisbare Störung der Organe ungenügend trinken.
2. Säuglinge, die an der Brust tranken, die beim Versuche zu ablactiren, den Appetit verloren haben.
3. Säuglinge, die sich in der Reconvalescenz acuter Erkrankungen, wie Anginen, Bronchitiden, Pneumonien, Furunkulosen etc. befinden und längere Zeit ungenügende Nahrungsmengen aufnehmen.

In die 1. Kategorie gehören:

- a) Säuglinge, die von Anbeginn an der Brust trinken und mangelnden Appetit zeigen, Kinder, die mit dem Trinken an der Brust aufhören, obwohl diese noch reichlich gefüllt ist. Da ein organischer Mangel nicht nachweisbar, ist die Störung als nervöse aufzufassen.
- b) Von Geburt an künstlich genährte Säuglinge, die in Folge einer Störung in der ersten Zeit ihres Lebens an die Brust gelegt wurden und nach Monaten noch mangelnden Appetit zeigen.

- c) Künstlich genährte Säuglinge, bei denen mit Sicherheit ein organischer Grund für die Appetitlosigkeit auszuschliessen ist. Hier ist grosse Vorsicht bei Verordnung des Appetitmittels geboten, denn oft stellt die Anorexie den Vorboten einer Ernährungsstörung dar, deren Eintreten dann durch Vermehrung der zugeführten Nahrungsmenge beschleunigt wird.

Ad 2. Man begegnet ausserordentlich häufig Kindern, die bei der geringsten Menge einer künstlichen Beinahrung sofort den vorher guten Appetit verlieren und abnehmen, sodass man gezwungen wird, wieder zur Brustnahrung zurückzukehren. Hier bewirkt oft Pepsin eine rasche Besserung der Anorexie.

Ad 3 sind auch Fälle zu rechnen, wo man nach einer Störung in der Ernährung die Kinder an die Brust anlegen musste, die nun oft Wochen lang appetitlos sind; in diesen Fällen erlebt man freilich oft Misserfolge.

Verordnet wurde entweder Pepsin allein in Form des Witte'schen Pepsinpulvers (eine Messerspitze) oder Pepsinpulver gleichzeitig mit 2—4 Tropfen Acid. hydrochloric. dil. oder von der Grübler'schen Pepsinlösung (die bereits zu etwa 3% Salzsäure mit enthält) allein 2—5 Tropfen, stets vor der Mahlzeit; letzteres Präparat empfiehlt sich schon der Einfachheit der Medication wegen.

(Die Therapie der Gegenwart, Mai 1906.)

- **Hat Sanatogen Berechtigung, auch bei functionellen Nerven-erkrankungen und im Säuglingsalter verwendet zu werden?** Diese Fragen bejaht Dr. R. L. Braun (Wien) auf Grund seiner Erfahrungen. Er gab zunächst an *Neurasthenie, Hysterie etc.* leidenden Erwachsenen, zumal solchen, welche auch Schwäche, Anaemie, Abmagerung zeigten, das Präparat, das hier schon theoretisch indicirt erschien; denn da z. B. Neurasthenie nach v. Krafft-Ebing gleichbedeutend mit „Ermüdung der Nervenelemente“ ist und Sanatogen (glycerinphosphorsaures Casein-Natrium) ein Nervennährmittel ist, so musste es die Asthenien des Nervensystems wirksam bekämpfen. Die praktischen Erfolge waren dementsprechend. Interessant gestalteten sich die Fütterungsversuche mit Sanatogen bei Säuglingen. Autor setzte Anfangs da ein, wo die Mütter bereits ein Nährmehl (Kufekc, Nestle) ohne üble Nachwirkung gegeben hatten. Er liess dasselbe aussetzen und nebst Milch einen Sanatogenbrei verabreichen, der aus  $\frac{1}{2}$  Kaffeelöffel Sanatogen mit verdünnter Milch oder 100 g Wasser

oder russischem Thee angemacht und mit Milchzucker gestüst wurde, mit letzterem deshalb, weil der blosse Sanatogenbrei oft stopfte. Daraus ergab sich nun die Indication, Sanatogen bei *Durchfällen* im Säuglingsalter anzuwenden, und zwar als wässrigen Brei oder als Gersten- resp. Reisschleim, mit Sanatogen versetzt und dann gelinde gewärmt. Als temporäre Breinahrung zur Brust- oder Kuhmilch und katarrhalischer Reizung des Intestinaltractus that Sanatogen ausgezeichnete Dienste. Anhaltende Durchfälle schwächen ja Kinder sehr, da musste Sanatogen als Kraftnährmittel und Stypticum zugleich vortrefflich wirken. Freilich giebt es auch Fälle, wo es nicht vertragen wird. Autor giebt bei Durchfall erst Calomel oder Aqua laxativa, resp. er macht eine gründliche Darmspülung und ordinirt dann Sanatogen. Die Menge des in Reisschleim gereichten Präparates richtet sich nach Constitution und Verdauungsfähigkeit des Säuglings und schwankt zwischen  $\frac{1}{2}$  und 2 Kaffeelöffeln. Nach mehrtägigem Gebrauche wird Sanatogen für 2—3 Tage ausgesetzt und dann weiter gereicht.

(Deutsche Aerzte-Ztg. 1906 No. 9.)

— **Ueber die Behandlung der Hyperacidität** handelt eine Arbeit von Dr. J. Boas (Berlin). Nach dessen Erfahrungen sind  $\frac{3}{4}$  aller Hyperaciditätsformen Anfangsstadien chronischer Magenkatarrhe. Schon der Umstand, dass die überwiegenden Fälle in das Alter fallen, in welchem die Unregelmässigkeit und Hast der Nahrungsaufnahme, der Missbrauch von Alkohol, Nicotin, Gewürzen zu beginnen pflegen, während die Schuljahre so gut wie frei sind, spricht eine deutliche Sprache. Damit ist bereits auch der reichlichste Theil der Therapie angedeutet: die Prophylaxe. Sorge für regelmässige und pünktliche Nahrungsaufnahme, Regelung der Temperatur der Speisen und Getränke, Vermeidung aller abnormen Gewürze, Verbot von Excessen im Essen, Trinken und Rauchen müssen als cardinale Forderungen aufgestellt werden. Meist steht man freilich schon dem vollentwickelten Krankheitsbilde gegenüber. Da ist nun von einer wirklichen Heilung keine Rede mehr. Man kann nur das Symptomenbild günstig beeinflussen, Schmerzen, Aufstossen, Sodbrennen etc. beseitigen, die Darmthätigkeit regeln. Dabei spielt die Diätotherapie die wesentliche Rolle. Als Grundsätze einer rationellen Ernährung Hyperacider stellt Autor auf: Einschränkung der animalischen, speciell der Fleischnahrung (Fischfleisch wirkt wegen des geringeren Grades an Extractivstoffen

weniger schädlich); möglichste Steigerung der Kohlehydratkost in guter, leicht assimilirbarer Form; vorsichtige, bei guter Toleranz reichliche Darreichung von Fetten in guter, fettsäurefreier und leicht schmelzbarer Form. Das wichtigste Nahrungsmittel ist die Milch. In schweren Fällen von Hyperacidität giebt es keine zuverlässigere Methode, als mehrwöchentliche absolute Milchiaet. Nichts wiederum beeinflusst die Hyperaciditätssymptome ungünstiger als scharfe Gewürze und scharfe Säuren, z. B. Essigsäure, Obst- und Weinsäuren. Ein Glas Moselwein kann rasende Beschwerden hervorrufen! Daher sind Salate ganz vorsichtig (z. B. mit Olivenöl und Citronen) zu bereiten. Merkwürdigerweise wird Milch- und Buttersäure sehr gut vertragen, und Boas reicht mit Vorliebe saure Milch und Sahne, Buttermilch, Kefir. Auch reiner Zucker in Lösungen wird gut vertragen, süsse Gebäcke jedoch nicht, was vielleicht auf die häufig ungeeignete Beschaffenheit der Fette zu beziehen ist, die zum Backen der Kuchen, Torten etc. verwendet werden; bei hausgebackenem Kuchen bleiben daher meist die Beschwerden aus. Wie Mosel werden auch Sekt und sonstige moussirende alkoholische Getränke schlecht vertragen, guter Bordeaux, unsere besseren rothen Rheinweinsorten, weisse Bordeaux- und Burgunderweine (Sauterne, Yquem, Chablis) in der Regel gut. Verboten ist Kaffee, event. auch Tabak, wenn er nicht gut tolerirt wird. Thee wird fast immer, Cacao häufig gut vertragen. Mineralwässer, namentlich die schwach kohlensäurehaltigen (Fachinger, Vichy, Biliner, Giesshübler, Krondorfer, Salvator etc.) sind recht nützlich. Autor lässt bei jeder Mahlzeit und ausserdem morgens früh nüchtern 200—300 g davon, auf 45° C. erwärmt, schluckweise trinken, wobei er den Haupteffect nicht auf den relativ geringen Alkaligehalt, sondern in die Verdünnung des übersauren Magensaftes legt. Auch macht er bei den Pat. anstatt der Magenspülungen von der sogen. Autolavage Gebrauch. Die Pat. nehmen morgens früh nüchtern  $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$  l Vichy (Grande Giche), machen hierbei ca. 10 Minuten lang schüttelnde und schwankende Bewegungen und beendigen die Procedur, indem sie sich für ca. 10 Minuten auf die rechte Seite legen. Die diätetischen Maassnahmen bringen, consequent durchgeführt, in den meisten Fällen schnelle Besserung, die freilich nur eine subjective ist. \*Aber auch eine anderweitige Therapie ist oft nicht zu umgehen. Da übertreffen nun die Alkalien als symptomatische Mittel alle übrigen, wobei zu betonen ist, dass anhaltende Darreichung von

Alkalien und zu grosse Dosen im Gegentheil das Leiden steigern. Natr. bicarb. hat den Nachtheil, dass es im Magen erhebliche  $\text{CO}_2$ -Entwickelung hervorruft und so schliesslich den Magen ausdehnt. Autor gebraucht daher dafür das Natr. citric., das vielleicht etwas weniger energisch wirkt, dafür aber auch nicht schadet. Wo gleichzeitig habituelle Obstipation besteht, kann man Magnes. usta allein oder zusammen mit Natr. citric. geben. Ein ausgezeichnetes Magnesiapräparat ist das Tripelphosphat (Magnes. Ammon. phosphoric.), das nicht abführend wirkt und ein sehr gutes Antacidum ist. Bei Neigung zu Diarrhoeen werden am besten der kohlen-saure- und phosphorsäure Kalk (messerspitzen- bis theelöffelweise), event. combinirt mit Wismuth, verordnet. Je kleiner die Mahlzeit, um so geringer die Alkalidosen, und umgekehrt. Das Alkali soll ferner auf der Höhe der Verdauung gereicht werden, d. h. bei grossen Mahlzeiten nach 2—3 Stunden. In der Regel ist nur eine Dosis nothwendig, und zwar nach dem Mittagessen. Von Mineralwässern kommen Karlsbad und Neuenahr in Betracht. Von Medikamenten benützt Boas das Eumydrin in Dosen von 0,001—0,004 g 3—4 mal täglich, das oft gut wirkt. Der Hauptfactor der Behandlung bleibt allerdings stets die Fernhaltung irritirender Noxen und eine rationelle durchgeführte Ernährung.

(Therap. Monatshefte, Mai 1906.)

### **Pneumonie.** Zur Behandlung der croupösen P. theilt

k. k. Oberstabsarzt Prof. Dr. Al. Pick (Wien) die günstigen Erfahrungen mit, die er mit der *Hydrotherapie* gemacht hat. In früheren Jahren verabreichte er im Beginn der Krankheit kühle Bäder, später dann hauptsächlich Theilabreibungen. Die Bäder hatten eine Temperatur von 24—22° R., Pat. wurde im Bade kräftig abgerieben und erhielt im Verlaufe desselben wiederholt kurze, kräftige Nackenduschen. Dauer des Bades in der Regel 8—10 Minuten. Der antipyretische Effect war recht gering, die Hauptwirkung bestand in einer auffallenden Besserung der Pulsspannung, in einem Herabgehen der Pulszahl, in einer entschiedenen Besserung des Allgemeinbefindens. Nun ist die Bäderbehandlung ausserhalb des Spitals mit grossen Schwierigkeiten verbunden, weshalb Autor darauf bedacht war, durch leichter auszuführende hydriatische Maassnahmen, *Theilwaschungen* oder *Theilabreibungen* gleiche Wirkung hervorzubringen. Ueber diese Behandlung sagt Autor folgendes: „Der Kranke liegt

entkleidet, mit der Decke bis zum Halse zugedeckt. Nun wird zunächst nur jener Körpertheil entblösst, welcher abgerieben werden soll, mit einem in kaltes Wasser getauchten und ausgewundenen Handtuche bedeckt und über demselben so lange frottirt, bis das Leinen warm geworden. Dieses wird entfernt, durch ein anderes, mittlerweile in kaltes Wasser getauchtes und ausgewundenes Handtuch ersetzt und die Procedur in gleicher Weise wiederholt, je nach der beabsichtigten Wirkung etwa 3—4 mal hintereinander. Nachher wird der behandelte Körpertheil mit einem trockenen Tuche umhüllt, trocken abgerieben und mit Decke bedeckt, worauf die Abreibung an einem anderen Körpertheil vorgenommen wird, zuerst an den oberen, dann an den unteren Extremitäten, u. zw. einzeln an denselben, hierauf gleichzeitig an Brust und Bauch, schliesslich am Rücken. Zu letzterer Procedur kann man den Patienten aufsetzen oder, wenn dies nicht rathsam ist, die Seitenlage einnehmen lassen. Eine viermalige Abreibung an jedem Körpertheil mit kaltem Wasser (von der Wasserleitung, im Durchschnitte etwa von 9°) entspricht in ihrer Wirkung auf Temperatur, Pulsfrequenz und Gefästonus einem Bade von 24 bis 22° R. bei acht Minuten Dauer. Die Wirkung kann erhöht oder abgeschwächt werden je nach der Temperatur des verwendeten Wassers sowie durch Vermehrung oder Verminderung der aufeinanderfolgenden nassen Frottirungen. Die Theilabreibungen werden je nach Bedarf mehrmals täglich angewendet, zumeist früh, mittags, nachmittags und abends. Die meisten Patienten bezeichnen sie als angenehm und erfrischend, oft wird sogar die Wiederholung derselben geradezu erbeten. Das Zimmer, in welchem die Abreibung vorgenommen wird, soll gut temperirt sein und der Patient mit Ausnahme des eben behandelten Körpertheiles zugedeckt bleiben. In der Zwischenzeit erhält der Kranke Kreuzbinden oder Stammumschläge, in welche bei schlechtem Pulse ein Wärmeregulator auf die Herzgegend eingelegt wird. Bei Kopfschmerz oder Delirien werden kalte Umschläge oder der Kühlapparat auf den Kopf applicirt. Anfangs zog ich die Teilwaschungen nur in schweren Fällen mit ausgebreiteten Infiltrationen und hochgradiger Dyspnoe oder bei drohender Herzschwäche, kurz überall dort, wo jede ausgiebige Locomotion mit Gefahr verknüpft sein kann, an Stelle der Bäder in Anwendung. In den von Nešpor und den heute von mir mitgetheilten Fällen bestand die



hydriatische Behandlung ausschliesslich in Theilabreibungen, Stamm- und Kopfschlägen, eventuell auch Kreuzbinden. Die Theilwaschungen haben sich den Bädern als vollständig gleichwerthig erwiesen. Neben den hydriatischen Maassnahmen verwende ich Natr. salicyl. in Dosen von 3–4 g pro die oder Aspirin in halbgrammigen Dosen, 4–6 mal täglich. Ueberdies erhalten die meisten Patienten auch Wein, 0,3 Liter eines leichten Tischweines oder 150 g eines stärkeren Weines pro die. In besonders schweren Fällen wurde die Gabe erhöht, eventuell die Stockes'sche Mischung angewendet. In einzelnen Fällen wurden Alkoholica seitens der Patienten verschmäht, ohne dass der Verlauf ungünstig beeinflusst worden wäre. Bei frequentem, schwach gespanntem Pulse wurde Digitalis oder Kampfer gegeben, letzterer entweder intern als Pulver oder subcutan in Form des Ol. camphor. Ich halte es für wichtig, mit der Anwendung des letzteren Mittels nicht zu lange zu zögern, sondern dasselbe bei den ersten Erscheinungen von Herzschwäche anzuwenden, da bei zu langem Zuwarten der Herzmuskel die Fähigkeit verliert, auf das Medicament entsprechend zu reagiren. Wenn die Lösung der P. im Gange ist, verabreiche ich Expectorantia.“ Bei Anwendung dieser Therapie verlief die P. meist ohne Complicationen, insbesondere seitens des Herzens, sodass Autor selten zu Kampferinjectionen seine Zuflucht zu nehmen brauchte. Auch fiel auf, dass der Ablauf meist ein kritischer war, dass das subjective Befinden sehr befriedigte. Autor ist weit entfernt, die Hydrotherapie als Specificum gegen P. zu betrachten, zumal die Pat. meist kräftige junge Leute waren. Jedenfalls verdient die Methode aber volle Beachtung und sollte auch bei andersartigem Krankenmaterial versucht werden.

(Wiener med. Presse 1906 No. 15.)

- **Zur Casuistik der cerebralen Kinderpneumonie** theilt Dr. A. Bittorf (Medicin. Univers.-Poliklinik Leipzig) zwei Beobachtungen mit, wo bei Unterlappenpneumonien schwere meningitische Symptome bestanden, die in Heilung ausgingen. Die Erklärung dieser Zustände begegnet gewissen Schwierigkeiten, denn war auch wegen des mit der Krise eintretenden Aufhörens sämtlicher Symptome eine echte Pneumokokkenmeningitis auszuschliessen, so ist andererseits auch wegen der starken Localsymptome eine einfache febrile oder toxische Gehirnreizung nicht sehr wahrscheinlich. Aufrecht ist für seine Fälle geneigt, ein locales Hirnödem anzunehmen. Bittorf möchte nicht mit aller

Sicherheit eine event. toxische seröse Meningitis oder analoge Zunahme der Ventrikelflüssigkeit ausschliessen, zumal da Lenhartz Drucksteigerung bei Lumbalpunktionen in anscheinend ähnlichen Fällen sah. Von der echten eitrigen Pneumokokkenmeningitis unterscheiden sich diese Zustände wesentlich dadurch, dass sie mit Beginn der P. eintreten, während jene sich gewöhnlich erst im späteren Verlaufe, ja erst nach der Krise entwickelt. Warum in einzelnen Fällen diese schweren cerebralen Symptome auftreten, dafür scheint sich in obigen Fällen eine gute Erklärung zu finden. Beide Kinder waren rhachitisch. Das erste hatte früher an Krämpfen gelitten, war immer still und eigenthümlich, hatte einen leichten Hydrocephalus; das andere war von seiner Rhachitis noch nicht ganz geheilt, es hatte rhachitische Schädelkrankungen und Stimmritzenkrampf, war ausserdem Bettnässer. In diesen Fällen bestand wohl sicher im Gehirn und in seinen Häuten ein locus minoris resistentiae.

(Münchener med. Wochenschrift 1906 No. 18.)

- **Ueber Zuckerausscheidung im Urin bei croupöser P.** berichtet Dr. F. Rosenberger (Juliusspital Würzburg). Er fand diese Erscheinung bei zwei Fällen, einem sechsjährigen Kinde und einem 26jährigen Dienstmädchen. Wie war die Zuckerausscheidung hier zu erklären? Da bei den Sectionen von Personen, die an acuten Infectiouskrankheiten gestorben sind, so gut wie stets die sogen. trübe Schwellung der Organe gefunden wird, steht Autor nicht an, eine dementsprechende Schädigung des Pankreas als Ursache der Harnanomalie anzunehmen. Eine derartige Störung ist vielleicht die Ursache später auftretender Zuckerharnruhr unerklärlicher Herkunft, obwohl solche Fälle gewöhnlich zunächst günstig verlaufen. Auch die Deutung der infectiösen Zuckerausscheidung als einer renalen ist zulässig; in obigen beiden Fällen trat Albuminurie auf. Es lässt sich aber dagegen einwenden, dass das Eiweiss gar nicht einmal gleichzeitig mit den Kohlehydraten ausgeschieden wurde, vielmehr sich erst später als diese vorfand. Demgemäss ist sogar die Annahme statthaft, dass die Nieren erst durch den Zucker gereizt und so zur Albuminurie veranlasst wurden. Noch käme die Leber in Betracht, da sie dem pneumonischen Gifte gegenüber sehr empfindlich ist, andererseits im Kohlehydrathaushalt des Körpers eine wichtige Rolle spielt. Bemerkenswerth war, dass in beiden Fällen die Harnmenge

nicht vermehrt war. Maltosurie pflegt eher mit Verminderung als Vermehrung der Urinausscheidung einherzugehen; bei dem Kinde hält Autor es für höchst wahrscheinlich, dass im Urin Maltose vorhanden war. Ueber die Natur des bei der erwachsenen Pat. ausgeschiedenen, mit einer Bierhefe gährenden Körpers kann er Bestimmtes nicht angeben. Aus seinen Beobachtungen glaubt er aber folgendes schliessen zu dürfen: „Im Verlauf acuter Infectionskrankheiten werden zuweilen im Urin Kohlehydrate theilweise noch nicht näher bestimmbarer Natur ohne äusserlich ersichtliche Ursache, meist nur während ganz kurzer Zeit und in geringer Menge, unabhängig von der Ernährung, der Körpertemperatur und ohne bis jetzt feststellbare Abhängigkeit von dem Krankheitsverlauf ausgeschieden. Weder Menge noch spezifisches Gewicht oder Aussehen des betreffenden Urins verrathen ihre Gegenwart, und ich vermute daher, dass sie deshalb häufig übersehen werden, zumal wenn die Urinportionen, von 24 Stunden gesammelt, untersucht werden, weil dann die Verdünnung leicht so gross wird, dass sie sich den gewöhnlichen Untersuchungsmethoden (Trommer, Nylander) bei ihren oft sehr schwachen Reductionsvermögen entziehen. Die Prognose einer derartigen Glykosurie scheint nach dem bisherigen Stand unserer Kenntnisse für die Grundkrankheit nicht sonderlich schlecht zu sein, an sich hört die Zuckerausscheidung sehr bald von selbst auf, anscheinend ohne von dem weiteren Gang der Infectionskrankheit beeinflusst zu werden. Eine gewisse Neigung zur Ausscheidung von Glykoronsäure oder Zucker nach reichlicher Kohlehydratzufuhr kann zurückbleiben.“

(Deutsche med. Wochenschrift 1906 No. 25.)

**Prurigo.** Ueber *P. haemorrhagica* lässt sich Dr. H. Vörner (Leipziger med. Poliklinik) aus und theilt folgende Beobachtung mit: Vierjähriges Kind soll die Affection bereits seit dem ersten Lebensjahre haben. Zahlreiche punktförmige Blutkrüstchen von frischer und älterer Farbe, fast durchgängig von einem blutfarbenen Hofe umgeben, der auf Fingerdruck keine Nüance verliert. Seltener zu bemerken wenig oder gar nicht zerkratzte Knötchen, kaum aus dem Hautniveau hervorragend und derbe Consistenz zeigend, dunkelroth und mit einem hämorrhagischen, auf Druck nicht ablassenden Halo von durchschnittlich  $\frac{1}{2}$  bis 1 cm Durchmesser versehen. Dazwischen gelegentlich stark vorspringende derbe Quaddeln von auffallend dunkelrother

Farbe, die sich ebenfalls nicht völlig wegdrücken, sondern einen hämorrhagischen Ton erkennen lassen. Localisirt ist der Ausschlag im wesentlichen an der Streckseite der Ober- und Unterextremitäten, meist an der Vorderfläche des Unterschenkels, nächst dem an Oberschenkeln, Hüftgegend, Vorder- und Oberarmen. Kniekehlen und Ellenbeugen vollkommen frei, ebenso Hände und Füße an den Flächen (an den Rücken derselben einzelne Efflorescenzen), Gesicht und übriger Kopf. Es handelte sich hier zweifellos um P. mit Haemorrhagien, die sich eben nur an die Prurigo-efflorescenzen hielten; ein bestimmter Anhaltspunkt für die Ursache der Haemorrhagien liess sich nicht finden. Therapie: Eichenrindenbäder und Einreibungen mit Ung. sulfuratum mite, intern Calc. phosphoricum. Die Affection verschwand unter Hinterlassung von Pigmentationen in acht Tagen, kehrte aber in der Folgezeit anfallsweise wieder, d. h. es trat hier P. ohne Haemorrhagien auf, der durch die gleiche Therapie immer wieder rasch zum Verschwinden gebracht wurde.

(Münchener med. Wochenschrift 1906 Nr. 12.)

### **Psoriasis. Ueber Heilwirkung des Metharsinate Clin bei**

**schwerer P.** schreibt Dr. Abenhausen (Berlin): „Bei der Hartnäckigkeit mancher Formen von Psoriasis gegen die Behandlung mit sonst bewährten Mitteln ist es gewiss von Interesse, von einem Medicament zu hören, das auch in einzelnen solchen Fällen schnell und sicher wirkt; es ist dies das Metharsinate Clin. Ich wendete dies bei einem Falle von Psoriasis, die sich über den ganzen Körper erstreckte und besonders den rechten Unterschenkel fast ganz ergriffen hatte, mit gutem Erfolge an. Sechs Monate lang hatte ich den Patienten innerlich mit Arsenik in Lösung und äusserlich mit Chrysarobin und dann Resorcin-Zinkpaste behandelt, ohne eine Heilung zu erzielen. Nachts bestand heftiges Jucken und infolge Kratzens traten öfter Furunkel auf, deren einer, inmitten einer Psoriasisefflorescenz gelegener, eine tiefe, fünfpfennigstückgrosse Wunde zurückliess, die monatelang jeder Behandlung trotzte. Ich spritzte nun wöchentlich einmal je 1 g Metharsinate subcutan ein und liess in der Zwischenzeit, da der Patient nur einmal in der Woche zu mir kommen konnte, täglich fünf Pillen Metharsinate einnehmen. Nach 14 Tagen war die Wunde geheilt, nach drei Wochen der ganze Körper frei von Schuppen und auch der rechte Unterschenkel bedeutend gebessert. Nach vier Wochen waren auch an ihm die Schuppen und die Infiltration der Haut geschwunden,

nur eine Verfärbung der vorher erkrankt gewesenen Hautpartien blieb zurück. Die Behandlung hatte den Pat. in keiner Weise belästigt, und er war mit dem Erfolge sehr zufrieden. Wenn auch Recidive eintreten sollten, so kann man doch sagen, dass die Psoriasis in dem Falle überraschend schnell geheilt wurde, und es würde sich empfehlen, weitere Versuche mit dem Heilmittel anzustellen.“

(Dermatolog. Centralblatt April 1906.)

### **Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett. Ueber**

**seltenere Indicationen zur Unterbrechung der Schwangerschaft infolge innerer Krankheiten** ergreift Prof. Dr. M. Hofmeier (Würzburg) das Wort. Obgleich bei *chronischer Nephritis* die Gefahr der Eklampsie relativ gering ist, so ist die Berechtigung zur Unterbrechung der Schwangerschaft, unter Umständen auch schon in früheren Monaten, unzweifelhaft gegeben durch die gelegentlich ausserordentlich schweren Störungen des Allgemeinbefindens. Sie ist um so sicherer gegeben, da bei diesen schweren Störungen etwa 60% der Kinder doch intrauterin absterben und zu Grunde gehen. Gerade das Auftreten dieser schweren Circulationsstörungen schon in frühen Monaten und ihre Ausdauer auch nach dem intrauterinen Absterben des Kindes und der ganz überraschend günstige Einfluss der Unterbrechung der Schwangerschaft auf das Allgemeinbefinden beweisen überzeugend, dass es sich hierbei weder um einfach mechanische Beeinflussungen der Organe durch den wachsenden Uterus, noch um chemische oder toxische Einflüsse aus dem foetalen Stoffwechsel handeln kann, da dieser letztere bei den in Frage kommenden Schwangerschaftszeiten doch kaum eine Rolle spielen könnte. Autor führt drei Beobachtungen an, die den ausserordentlich verschlimmernden Einfluss der Schwangerschaft und den eclatanten Erfolg ihrer künstlichen Beendigung erweisen. In den beiden ersten Fällen war der verschlimmernde Einfluss ein solcher gewesen, dass die Pat. in einem fast hoffnungslos erscheinenden Zustand ankamen, der auch fast jedes operativ-geburtshülfliche Eingreifen auf's Aeusserste erschwerte. In beiden Fällen dauerte die Verschlimmerung des Gesamtbefindens an, trotzdem die Kinder bereits intrauterin abgestorben waren, während gewöhnlich angenommen wird, dass mit dem Fruchttode die schlimmen Erscheinungen zurückgehen. Dass unter solchen Umständen die Entleerung des Uterus so schnell und so schonend wie möglich vorzunehmen ist,

lehrt der fast augenblickliche Erfolg in den beiden ersten Fällen. Aber die Schwierigkeit der operativen Eingriffe zeigte auch, dass man sich früher zu einem Eingriff entschliessen muss, es gar nicht so weit kommen lassen darf. Der Erfolg im dritten Falle war unvollkommen; vielleicht war hier die Degeneration in den Nieren doch schon zu weit vorgeschritten oder die compensatorische Herzthätigkeit ungenügend. Vor sehr schwierige Entscheidungen kann man gelegentlich durch die Complication von Schwangerschaft mit *Herzfehlern* gestellt werden. Dass bei compensirtem Herzfehler die Schwangerschaften meistens ungestört verlaufen, ist zwar ebenso zutreffend wie der Umstand, dass bei uncompensirtem Fehler die Einleitung der Frühgeburt die Gefahr für die Frauen nicht viel verringert. Denn diese Gefahr besteht hauptsächlich in den gesteigerten Ansprüchen an das Herz durch Alles, was mit dem Geburtsact zusammenhängt, und in den plötzlichen Druckschwankungen, welche mit der schnellen Entleerung des Uterus zusammenhängen. Es wird also immer Sache des Einzelfalles hierbei sein, zu überlegen, wie man durch geeignete Leitung der Entbindung diese Gefahr am Besten beseitigt oder wenigstens verringert. *Diabetes* bei Schwangeren ist selten; er ist ja überhaupt beim weiblichen Geschlecht nicht häufig und tritt meist erst in späterem Alter ein. Ausserdem aber führt er zuweilen zu ausgesprochener Atrophie der weiblichen Genitalien. Alle Autoren stimmen nun darin überein, dass das Zusammenreffen von Diabetes und Schwangerschaft ein sehr unheilvolles ist, vielleicht mit aus dem Grunde, weil der bei jugendlicheren Individuen auftretende Diabetes überhaupt die ausgesprochen schwere Form zu zeigen pflegt. Besonders, wie es scheint, trifft dies zu in den Fällen, in welchen die Krankheit thatsächlich erst während der Schwangerschaft zum Ausbruch kam, d. h. wo nicht bereits vorher diabetische Frauen schwanger wurden. Ein grosser Theil der Frauen und ein grosser Theil der Kinder (von letzteren etwa die Hälfte) gehen während der Schwangerschaft und Geburt zu Grunde, sodass der Entschluss, die Schwangerschaft frühzeitig zu unterbrechen, durchaus nahe gelegt wird. Denn da eben ein so grosser Theil dieser Kinder doch verloren ist, und der Zustand der Schwangerschaft den Diabetes jedenfalls ungünstig beeinflusst, wenn nicht gar hervorruft, so wird, besonders in frühen Monaten, die Entscheidung nicht schwer fallen können. Ein Theil der Autoren spricht sich auch direct dafür aus, da eben

nach Beendigung der Schwangerschaft nicht selten ein ausgesprochener Rückgang der Erscheinungen festzustellen war und ein grosser Theil der Kinder doch verloren ist. Andere Autoren sind allerdings entgegengesetzter Ansicht, indem sie bei der völligen Ungewissheit des Erfolges, bei der Möglichkeit, dass doch die Schwangerschaft ihr normales Ende erreichen kann, und bei der event. Gefahr aller operativer Eingriffe bei Diabetikern zu einer abwartenden Behandlung oder nur dann zu einem Eingriff rathen, wenn besondere Complicationen vorliegen. Es wird kaum möglich sein, allgemein gültige Regeln aufzustellen, sondern es muss wesentlich von den Verhältnissen des Einzelfalles, der Schwere der Erscheinungen und der Zeit der Schwangerschaft abhängen, was man am Besten thun soll. Die Gefahr des Eingriffes als solchen wird bei streng aseptischer Durchführung, ohne Narkose heute kaum eine erhebliche Contraindication abgeben dürfen. Im Princip aber sollte daran festgehalten werden, die Unterbrechung der Schwangerschaft auch in früher Zeit, event. nicht zu lange aufzuschieben. Autor musste kürzlich bei einer 33-jährigen VI para im siebenten Monat die Frühgeburt einleiten. Trotzdem schritt nachher der Krankheitsprocess weiter und vier Tage nach dem Eingriff erfolgte Exitus im Coma. Die ersten diabetischen Erscheinungen waren hier schon sehr früh in der Schwangerschaft aufgetreten und steigerten sich ungemein rasch. Hier wäre möglichst frühzeitige Entleerung des Uterus nothwendig gewesen! „Bei *Myelitis* und Schwangerschaft darf in keinem Falle ein causaler Zusammenhang mit Sicherheit angenommen werden,“ sagt Meyer-Ruegg. Trotzdem muss man annehmen, dass die Schwangerschaft zu gewissen Rückenmarkserkrankungen zum Theil in einen causalen, zum Theil jedenfalls in dem Verhältniss eines verschlimmernden Factors steht. Autor musste bei einer jungen Frau mit *Myelitis* den Abort einleiten. Wenn auch schliesslich der schlimme Ausgang nicht verhindert wurde, so war der günstige Einfluss des Eingriffes doch eclatant, und Autor bereute es sehr, sich nicht schon einige Wochen vorher dazu entschlossen zu haben, da damit jedenfalls ein schwerer Decubitus, der dann die Sachlage so ungünstig gestaltete, verhütet worden wäre.



- Ueber **Tuberculose und Schwangerschaft** theilen Prof. Dr. A. Rosthorn (Heidelberg) und Dr. Alb. Fränkel (Badenweiler) ihre Erfahrungen mit, auf Grund deren sie für das weitere Vorgehen auf diesem Gebiete folgende Leitsätze aufstellen: „Bei nicht sehr ausgedehnten Spitzenprocessen oder bei cirrhotischen Processen der Lungen, unabhängig davon, ob Fieber oder Abmagerung besteht, wenn nur andere Complicationen fehlen, verhalten wir uns, namentlich in vorgeschrittenen Monaten der Schwangerschaft, zunächst abwartend. Wir halten dafür, dass man der Hygiene der Gravidität die grösste Sorgfalt zuwenden muss, wie sie jeder Graviden gebührt, wenn sie chronisch krank ist. Gleichzeitig ist die Lungenkrankheit zu behandeln, wie wenn die Gravidität nicht bestünde. Ruhe, klimatische und Anstaltscuren sind geboten, nicht trotz, sondern wegen der eingetretenen Gravidität. Bei bemittelten Kranken dürfte dies unschwer durchzuführen sein, dagegen stellt es sich, sobald man sich klinisch mit der Frage beschäftigt, als ein grosser Missstand heraus, dass die bestehenden Heilstätten graviden Tuberculösen Aufnahme nicht gewähren dürfen. Auch in den medicinischen Abtheilungen der Krankenhäuser sind die tuberculösen Schwangeren nicht gern gesehen, und ebenso scheint es bedenklich, mit Rücksicht auf die Gefahren der Infection solche hustende Kranke unter den gesunden Schwangeren auf der Schwangerenstation der Frauenkliniken zu belassen. Es rollt sich die Frage auf, wie es sich einrichten lässt, dass diese wichtige Kategorie von Lungenkranken Antheil nehmen könne an den Segnungen der hygienischen und sozialen Einrichtungen, die für andere Kategorien von Lungenkranken geschaffen sind. Wenn sorgfältige Pflege und Behandlung keine Besserung des Lungenbefundes und, was wichtiger ist, keine Entfieberung oder keinen Anstieg des Körpergewichtes über die durch die Gravidität bedingte Zunahme hinaus herbeiführt, so ist auch bei leichten Fällen die Unterbrechung der Gravidität discutabel, ebenso wie sie immer in Frage kommen kann und kommen muss bei allen progredienten, floriden oder destructiven Processen, die mit hartnäckigem Fieber und Reduction des Ernährungszustandes einhergehen, erst recht, wenn sie mit einer anderen Complication der Tuberculose vergesellschaftet sind. Die künstliche Unterbrechung der Schwangerschaft muss aber auch nach unseren Erfahrungen so früh wie möglich erfolgen. Es hat sich uns schon jetzt gezeigt, dass die künstliche Frühgeburt

keineswegs imstande ist, einen ungünstigen Verlauf der Tuberculose aufzuhalten. Es wird selten gelingen, durch eine künstliche Frühgeburt noch eine Mutter oder ein Kind zu retten, welche ohne diesen Eingriff verloren wären. So erscheint uns dieser Eingriff mit der spontanen Geburt am natürlichen Ende der Schwangerschaft gleichwerthig und nicht empfehlenswerth. Anders der künstliche Abortus. Er ist, wenn sachgemäss ausgeführt, der kleinere Eingriff und fällt in eine Periode der Gravidität, wo die tuberculöse Frau unter der Gravidität noch nicht schwer gelitten hat. Thatsächlich tritt sehr häufig ein vollständiger Umschwung des Krankheitszustandes ein, sobald der Uterus entleert ist, und das gilt nicht nur von den tuberculösen Frauen, die stark an Hyperemesis gelitten haben, wenn auch von diesen besonders. Trotz dieser Auffassung und Erfahrung können wir uns nicht wie andere dazu entschliessen, die künstliche Fehlgeburt kurzweg für das in Betracht kommende Verfahren bei einer graviden Tuberculösen zu empfehlen. Solchem offensiven Vorgehen ist immer entgegenzuhalten, dass die Tuberculose in jeder Phase der Gravidität zum Stillstand kommen kann auch ohne unser Eingreifen. Aber in Erwägung gezogen kann und muss nach dem heutigen Stand der Frage dieser Eingriff in jedem Falle werden, in dem eine Tuberculöse schwanger wird, und daher erscheint es angebracht, dass die Tuberculöse, die sich schwanger fühlt, unverzüglich und so früh wie möglich in ärztliche Beobachtung trete. Darauf sollten ärztlicherseits lungenkranke Frauen in den Fertilitätsjahren aufmerksam gemacht werden. Es kann dies ja geschehen, ohne dass die schon mehr als berechnete Angst der tuberculösen Frauen vor der Gravidität noch mehr genährt wird. Wie dem vorher Gesagten zu entnehmen ist, haben unsere Erfahrungen uns die Ueberzeugung aufgedrängt, jeden einseitigen Standpunkt zu verwerfen. Wir verhalten uns der Lehre Maraglianos gegenüber, dergemäss bei Tuberculose ausnahmslos die Schwangerschaft unterbrochen werden müsse, ebenso ablehnend als jener vieler anderer Autoren, welche einen derartigen Eingriff als unbedingt nachtheilig, ihn unter keinen Umständen als nutzbringend bezeichnen. Von dem ausgezeichneten Effecte der eingeleiteten künstlichen Fehlgeburt konnten wir uns wiederholt überzeugen, sodass wir es bedauern müssten, des durch sie gesetzten Vortheils für einzelne Fälle entbehren zu sollen. Auf die richtige Wahl dieser Fälle kommt es demnach an. Sie muss eine durch länger

dauernde Beobachtung begründete und wohl überdachte sein. Die Schablone ist hier wie in der gesamten Medicin zumeist das Falsche, eine zweckmässige und auf Erfahrung basirte Individualisirung das Richtige.“

(Deutsche med. Wochenschrift 1906 No. 17.)

### **Syphilis. Ueber Entzündung der Netzhaut und der Seh-**

**nerven** infolge von angeborener S. lässt sich Prof. J. Hirschberg (Berlin) aus. Autor beschäftigt sich mit den *frischen* Fällen, die ebenso wichtig wie schwer zu beobachten sind. Erstlich vermag die Mutter nicht so leicht eine Herabsetzung der Sehkraft bei einem ganz kleinen Kinde genügend zu erkennen. Ein Rollen und Zittern der Augen des Säuglings, ein leichtes Schielen ist das einzige, was deutlicher hervortritt. Freilich die vollständige Erblindung kann auch bei vier- und sechsmonatlichen Kindern der Mutter kaum entgehen, da die Kleinen nicht mehr nach vorgehaltenen Gegenständen greifen, was sie vorher schon gethan hatten. Sodann ist auch für den Arzt die Veränderung nicht leicht zu sehen, selbst wenn er schon einige Uebung im Augenspiegeln besitzt. Es gehört grosse Geduld dazu. Endlich ist die richtige Beurtheilung des Falles recht schwierig, wenn man nicht erstlich schon grössere Erfahrung besitzt, ferner auch die unscheinbaren Zeichen der S. congenita zu beachten gewohnt und endlich eine richtige Vorgeschichte zu erlangen im Stande ist. Die Affection ist stets eine doppelseitige, (wobei sie freilich nicht auf beiden Augen gleich schwer zu sein braucht) und befällt die Kinder schon im frühesten Alter, im 5. Monat bis zum 18. Monat. Was sieht man nun im Auge? 1. Feinste staubförmige Glaskörpertrübung, die man allerdings nur nach Erweiterung der Pupille und bei Anwendung eines starken Sammelglases hinter dem Augenspiegel erkennt. 2. Es ist der Sehnerveneintritt durch eine bläulich weisse Ausschüttung verdeckt, welche von hier aus nach allen Seiten in die Netzhaut, also in deren dickeren Theil sich ergiesst und in einigen Abstand vom Sehnervenrande, d. h. mit zunehmender Verdünnung der Netzhaut, allmählich abnimmt und unerkennbar wird. 3. Die Netzhautmitte zeigt eine bräunliche Färbung. 4. Im ganzen Augengrund entstehen zahlreiche helle Stippen, welche in der Peripherie dichter gedrängt, nahe aneinander gerückt sind und früher mit Pigment-Körnchen in der Mitte, mit Pigment-Streifchen am Rande sich ausstatten. Diese bleiben als Abdruck oder Narbe dauernd zurück.

Von ihrer Anordnung und ihrem Pigmentgehalt hängt das wechselnde Bild ab, welches man in den späteren Jahren beobachtet. Es kommt zu rundlichen, mehr rosafarbenen Herden; zu mittelgrossen, fast weissen Flecken. Es kommt zu einer Pigmentbildung, ganz ähnlich derjenigen bei der typischen Pigment-Entartung, die ja mit angeborener S. nichts zu thun hat. Die Netzhaut-Aderhautentzündung infolge von angeborener S. ist eine seltene Erkrankung, und die ganz frischen Fälle bekommt man nicht oft zu Gesicht. Oefters sind daneben deutliche Spuren von Regenbogenhautentzündung nachweisbar, mitunter sogar Zeichen einer frischen Iritis. Eine höchst bemerkenswerthe Thatsache hat Autor gefunden. Wenn ein Kind mit einseitiger Späterkrankung der Augen infolge von angeborener S., d. h. mit diffuser Hornhautentzündung ihm gebracht wird, sieht er manchmal — entweder auf beiden Augen, falls auf dem entzündeten Auge noch genügende Durchsichtigkeit geblieben, oder wenigstens auf dem anderen, scheinbar gesunden und auch sehkräftigen — deutliche Spuren der vorausgegangenen Früherkrankung, d. h. der Netz-Aderhautentzündung. Das ist recht wichtig für die Auffassung des Verlaufs der Grundkrankheit. Ein Kind von elf oder zwölf Jahren wird vorgestellt mit frischer, diffuser Hornhautentzündung. Die vielleicht wenig aufmerksamen Eltern geben an, keine frühere Erkrankung beobachtet zu haben, die der Arzt als S. deuten könnte. Aber der Augenspiegel zeigt Reste einer tiefen Entzündung, die schon vor Jahren abgelaufen ist. Gelegentlich konnte Autor selbst bei einem Kinde im ersten Jahre die Netzhaut- und im siebenten die Hornhautentzündung beobachten. Erstere kann spontan ausheilen. Aber das ist selten. Untersucht man die, wegen geringer Sehkraft gebrachten Kinder, die zur Brillenwahl vorgestellten Schulkinder recht genau, so findet man in einzelnen Fällen ältere Veränderungen, die erhebliche Sehestörung bedingen, Glaskörpertrübung, Netzhautablösung, Entartung der Netzhautmitte, bindegewebige Sehnervenschrumpfung etc. können sogar vollständige Erblindung verursachen. Man muss die Krankheit also in jedem Falle behandeln! Das souveräne Mittel ist das Quecksilber. Autor bevorzugt die Einreibungen. Säuglinge erhalten 0,5, kleine Kinder 0,75, grössere 1,0 grauer Salbe einmal täglich (in dringlichen Fällen zweimal) fünf Tage hindurch, dann Bad und 3—5 Tage Pause etc. Nie lässt Autor unter 100 Einreibungen machen und setzt die Nachbehandlung dann 1—2 Jahre fort. Die Erfolge

sind sehr befriedigend, mitunter überraschend. Fast alle Kinder werden in wenigen Wochen wieder sekrätig; manchmal bleiben allerdings geringe Sehstörungen zurück, aber die Erfolge sind bei weitem rascher und glänzender als bei den Spätformen, zumal wenn die Behandlung frühzeitig einsetzt.

(Deutsche med. Wochenschrift 1906 No. 19.)

- Ein **Fall von Meningitis luetica** wurde von Regimentsarzt Dr. S. Suchy bei einem Soldaten im secundären Stadium der S. beobachtet. Die Diagnose wurde schon im Spital gestellt und auf dem Obduktionstisch bestätigt. Hier fanden sich hauptsächlich ausgebreitete Verdickungen und Trübungen der Gehirnhäute, wodurch das bei dem Pat. aufgetretene Symptomenbild erklärt wurde. Abgesehen von einer Neuritis optica hatte Pat. nur Symptome psychischer Natur geboten, die ein Bild darboten, das dem des paralytischen Irreseins auffallend glich. Die in der letzten Zeit aufgetretenen Zuckungen der oberen Gliedmaassen waren als corticale Reizerscheinungen zu deuten. Ein in der dritten Gehirnkammer stattgehabter Erweichungsprocess war zweifellos durch Erkrankung der ernährenden Gefässe entstanden und hatte zur Neuritis optica geführt. Zwei Momente machten ferner den Fall zu einem interessanten: Das während der mercuriellen Behandlung aufgetretene papulöse Syphilid, sowie die schweren Gehirnerscheinungen, die trotz der antisiphilitischen Medikation auftraten, sind ein schlagender Beweis für die Erfahrungsthat, dass man durch eine antisiphilitische Behandlung das Auftreten neuer syphilitischer Erscheinungen nicht hindern kann; ferner wurde durch den Fall bestätigt, dass man aus dem Fehlschlagen einer mercuriellen Behandlung nicht berechtigt ist, S. auszuschliessen. In obigem Falle hatten sich trotz der specifischen Cur die schweren Krankheitsercheinungen, die zweifellos durch S. erzeugt waren, nicht nur nicht gebessert, sondern nahmen an Intensität zu und führten unaufhaltsam zum Tode.

(Wiener med. Wochenschrift 1906 No. 21.)

- **Einen Beitrag zur Kenntniss der gummösen Nasensyphilis** liefert Dr. Lieven (Aachen). Die gummöse Erkrankung des Nasenbodens, über die sich Autor speciell äussert, ist wegen der Gefahr einer Perforation nach dem Munde hin stets eine Localisation der Nasensyphilis von besonderer Dignität. Vom harten Gaumen erkrankt fast stets die nasale Seite zuerst. Der Grund hierfür ist darin zu suchen,



dass der gummöse Process in der Regel erst von dem primär befallenen Septum auf dem Nasenboden weitergeht. Deshalb liegen auch fast alle Perforationen, entsprechend der Ansatzlinie der Nasenscheidewand, in oder nahe der Raphe palati duri. Wird eine Seite des Schleimhautüberzuges des harten Gaumens — nach dem Gesagten am häufigsten die orale — nicht in den specifischen Process einbezogen, so bleibt sie gelegentlich als einziger Verschluss zwischen Nase und Mund erhalten. Sie bleibt es um so eher, je schneller der unter ihr ruhende Sequester von der anderen Seite her entfernt werden kann. Aber auch da, wo die Schleimhaut klinisch durchaus unverändert und begründete Hoffnung vorhanden scheint, die Perforation abzuwenden, muss man immer noch mit der Möglichkeit dieses Ereignisses rechnen und sich hüten, eine absolut günstige Prognose zu stellen. Autor sah mehrfach bei nachweisbarer Nekrose am Nasenboden und anscheinend intacter Gaumenmucosa trotz entschiedener Besserung des Processes, bestehend in Reinigung des Geschwürs und Verminderung der Secretion aus der Nase, plötzlich in 2—3 Tagen durch einfache Druckgangraen die so solide aussehende Schleimhaut einschmelzen. Es handelte sich in diesen Fällen um Ansammlung von Zerfallsproducten zwischen dem todten Knochen und der Schleimhaut. Klinisch kündigte sich dies Ereigniss als eine über Nacht entstandene, walzenförmige Verdickung der Mucosa am harten Gaumen an; letztere hielt, falls die Elimination des Sequesters und damit die Entlastung der Schleimhaut nicht gelang, den Druck nicht aus und es kam zur Nekrose und Perforation. Ist auf der Mundseite des harten Gaumens bereits ein Schleimhautdefect mit rauhem Knochen in der Tiefe nachweisbar, so hat die dem Patienten mitzutheilende Prognose das Zustandekommen der Communicationsöffnung zwischen Nase und Mund mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit in Aussicht zu stellen. Der Knochen erweist sich in der Regel als weit mehr erkrankt, als man nach dem Umfange des Schleimhautgeschwürs annehmen sollte. Die Grösse des letzteren lässt absolut keinen Schluss zu auf die Ausdehnung des vielleicht schon zur Abstossung reifen Sequesters. Aus diesem Grunde soll man sich so vorsichtig als möglich über den voraussichtlichen Verlauf des einzelnen Falles aussprechen; denn, kommt es trotz beruhigender Versicherungen seitens des Arztes, später zu rapider Eliminirung eines mächtigen Seque-

sters, so ist dies Ereignis sehr geeignet, dem ärztlichen Prestige einen irreparablen Stoss zu versetzen. Uebrigens sind forcirtes Sondiren, sowie explorative Eingriffe zur Feststellung der Grösse des Sequesters unthunlich; da man die noch vorhandene Schleimhaut so viel als möglich schonen muss; denn jeder erhaltene Millimeter Schleimhaut ist eventuell von ausschlaggebender Bedeutung für die Möglichkeit eines späteren operativen Verschlusses. Ist es also in vielen Fällen schwierig, sich schnell ein Bild vom Umfange der Knochenerkrankung zu machen, so ist natürlich eine erweiterte Kenntniss von Begleiterscheinungen, welche einen Rückschluss nach dieser Richtung ermöglichen, von grösster Bedeutung. Autor schildert zwei Fälle, welche in diesem Sinne recht bemerkenswerth sind. Sie zeigten übereinstimmend neben einer minimalen Rauhigkeit am Nasenboden *Lockerung eines einzelnen Zahnes*, welcher Erscheinung aber auch seitens des Arztes keine besondere Bedeutung beigemessen wurde, zumal man ja im Verlauf von Hg-Curen Losewerden von Zähnen auf die Therapie zu beziehen gewohnt ist. Freilich hätte das Fehlen jeder weiteren stomatitischen Erscheinung einen Fingerzeig für die Diagnose bieten können. Der Sequester erstreckte sich eben schon bis an den Processus alveolaris, der lose Zahn sass in einem Stück des schon lange abgestorbenen Knochens! Besonders irreführend war die minimale Ausdehnung des ulcerösen Processes in der Nase; es schien sich wirklich nur um einen kleinen abgegrenzten Herd zu handeln. Die Fälle zeigen also, wie wichtig es ist, dem Verhalten der Zähne bei jeder specifischen Affection des Nasenbodens besondere Aufmerksamkeit zu zollen. Jedenfalls dürfte man in ähnlichen Fällen dadurch in die Lage versetzt werden, bereits frühzeitig die Betheiligung der alveolären Parthien des Oberkiefers und damit eine anscheinend nicht vorhandene grössere Ausdehnung scheinbar circumscripiter Nekrosen am Nasenboden zu erkennen.

(Dermatolog. Centralbl. Mai 1906.)

**Tetanus.** Ein Fall von puerperalem T. nach Abort wird von Prof. Dr. P. Seegert (Kgl. Univers.-Frauenklinik Berlin) mitgetheilt. Ausräumung eines Aborts im dritten Monate digital. Sieben Tage darauf Beginn tetanischer Erscheinungen. 21 Stunden nach Entwicklung der letzteren zum ersten Male Injection von 100 A.-E. von Behring's Tetanusserum; am nächsten Tage Wiederholung der



Injection. Trotzdem Verschlechterung des Zustandes und am dritten Krankheitstage Exitus letalis. Es beweist dieser Fall wieder, dass der T., ausgehend von der Innenfläche des Uterus, eine echte puerperale Infection sein kann und dass derselbe eine sehr triste Prognose hat. Bei der sonstigen Aussichtslosigkeit jeglicher Therapie wäre wohl in künftigen Fällen die sofortige vaginale Totalexstirpation des puerperalen Uterus mit gleichzeitiger Antitoxinbehandlung zu erwägen.

(Centralblatt f. Gynaekologie 1906 No. 14.)

- **Postoperativer T.** wurde von Ed. Martin (Greifswalder Universitäts-Frauenklinik) beobachtet. Fünf Tage nach einer Operation (Abrasio, Emmet, Colpotomie, Vaginifixur etc.) die ersten Tetanuserscheinungen. Trotz sofortiger Anwendung des Serums Tod. Der Bacillus muss sich hier in der Scheide befunden haben und trotz sorgfältiger Reinigung nicht unschädlich gemacht worden sein. Die Annahme, dass die Infection durch das Nahtmaterial — Cumolcatgut nach Krönig — erfolgt ist, ist dadurch widerlegt, dass mit dem gleichen noch bei zwei folgenden Operationen genäht wurde, ohne dass sich T. zeigte. Sicher ist das Vorkommen von Tetanusbacillen in der Scheide ein recht seltenes, doch muss nicht nur der Gynaekologe mit ihnen rechnen, sondern auch der Geburtshelfer.

(Ibidem.)

- **Heilung eines Falles von T. traumaticus** erlebte Dr. Ad. Richarz (St. Petrus-Krankenhaus in Barmen). Es handelte sich allerdings nur um einen mittelschweren Fall mit langer Incubation (17 Tage), schleichendem Beginne und mässiger Acuität der Erscheinungen. Es wurde auch Antitoxin (Höchst) eingespritzt, doch glaubt Autor, dass dieser Therapie der günstige Ausgang nicht zu danken ist. Denn auffällig war die starke Steigerung der Krankheitserscheinungen 8 1/2 Stunden nach der ersten Injection. Ganz unverkennbar war dagegen die Wirkung der angewandten Morphinumjectionen. Jedesmal gelang es damit, die schmerzhaften Krämpfe zu coupiren; die tonische Contraction der Muskeln liess wesentlich nach, die Reflexerregbarkeit sank bedeutend, so dass nach einer Injection Pat. umgebettet werden konnte, ohne dass die Krämpfe exacerbirten. Einige Zeit nach der Injection stellten sich die Symptome in der früheren Intensität wieder ein. In Folge dessen wurde alle vier Stunden eine Einspritzung

gemacht. Der Hauptwerth dieser Therapie besteht darin, dass sie eine genügende Ventilation der Lungen ermöglicht und damit die häufigste Causa mortis bei T., die Erstickung, in einer Reihe von Fällen zu verhüten vermag. Erleichterte Nahrungsaufnahme und Linderung der Schmerzen sind weitere Vortheile dieser Therapie, von der Autor eine Schädigung nicht eintreten sah.

(Münchener med. Wochenschrift 1906 No. 19.)

### **Tumoren. Ueber einen Fall von malignem Mediastinal-**

**tumor mit aussergewöhnlich schnellem Verlauf** berichtet Dr. Voltolini (Naumburg a. B.). 45jähr. Bahnbeamter, bisher stets gesund und seit Jahren seinen schweren Dienst erfüllend, erkrankte plötzlich Mitte October v. J. mit Beklemmungen auf der Brust, Athemnoth und allgemeinem Unbehagen. Am 23. October sah ihn Autor zum ersten Male. Ganze obere Körperhälfte stark oedematös geschwollen, Gesicht oedematös und cyanotisch, Augen geschwollen, Hals dick, Venen der oberen Brustwand stark erweitert, rechte Vena jugularis externa zum Theil thrombosirt, beide Oberschlüsselbeingruben polsterartig vorgewölbt; heftige Dyspnoe. Kein Fieber, Puls 120, gespannt. Spitzenstoss im V. Intercostalraum, fingerbreit ausserhalb der Mamillarlinie, kräftig hehend am äussersten Ende einer Dämpfungsfur, die nach rechts bis zum rechten Sternalrand reichte, und deren obere Begrenzung vom Spitzenstoss bis zum Ansatz des dritten rechten Rippenknorpels hinüberzog. Herztöne überall laut und rein, zweiter Pulmonalton nicht verstärkt. Oberhalb der Herzdämpfung und in dieselbe direct übergehend, liess sich hinter dem Sternum eine Dämpfung feststellen, die bis zum Ansatz der ersten Rippe hinaufstieg; diese Dämpfung überragte den linken Sternalrand um fast Querfingerbreite; Geräusche über ihr nicht hörbar. Nirgends Drüsenschwellungen. Ueber der rechten Lunge vorn oben heller, leicht tympanitischer Schall, von der dritten Rippe ab intensive Dämpfung. Am Rücken begann die Dämpfung rechts oben am fünften Dornfortsatz; links hinten praevertebraler Dämpfungsstreifen, sonst heller Schall. Der rechtsseitige Pleuraerguss war ein haemorrhagischer. Keine Dysphagie, geringe Heiserkeit. Milz wenig vergrössert; Leberdämpfung überragte den Rippenbogen um zwei Querfinger. Man musste hier an eine Neubildung im Mediastinum denken, und zwar konnte es sich bei dem fast acuten Beginn der Erscheinungen, die innerhalb weniger Tage fieberlos zu

derartiger Dyspnoe und Cyanose und so beträchtlichem Pleuraerguss geführt hatten, nur um eine maligne handeln. Alles sprach für ein Sarkom. Pat. wurde in Berlin mit dem Fluoreszenzschirm untersucht: es zeigte sich ein der Breite des normalen Herzschatzens entsprechender, ziemlich genau median gelegener Schatten oberhalb des Herzens, nach beiden Seiten die Sternallinie überschreitend und bis zum Halse hinaufreichend; am unteren Rande pulsirte das nach links verdrängte Herz deutlich, während der Tumor unbeweglich war. Ende November war bereits die ganze linke vordere Brustwand von einer absoluten Tumordämpfung eingenommen, und am 12. December starb Pat. unter den Erscheinungen hochgradigster Orthopnoe. Die Section zeigte, dass es sich um ein kolossales Rundzellensarkom (Thymus?) handelte. Dieser Fall von Lymphosarkom des Mediastinum war vor Allem ungewöhnlich durch seinen fast mit dem Charakter einer Infektionskrankheit beginnenden rapiden Verlauf. Er beweist auf's Neue, dass Rundzellensarkome an Malignität und Aggressivität alle übrigen lymphomatösen Wucherungen und an Schnelligkeit des Fortschreitens zugleich alle Carcinome weit übertreffen.

(Deutsche med. Wochenschrift 1906 No. 9.)

— Ueber einen **Fall von Kleinhirnbrückenwinkelgeschwulst** berichtet Dr. Püschman (Kreiskrankenhaus Britz). In der letzten Zeit ist die Aufmerksamkeit vielfach auf diese T. gelenkt worden, welche durch Symptome, welche sie hervorrufen, in der Regel eine genaue Bestimmung ihrer Localisation ermöglichen. Um eine solche Geschwulst handelte es sich nun auch bei dem 31jähr. Arbeiter, der am 15. Juli in's Krankenhaus eingeliefert wurde. Er will sonst nie krank gewesen sein, hat vier gesunde Kinder, die Frau hatte nie abortirt. Irgend welche Belastung lag nicht vor. Das Leiden begann vor  $1\frac{1}{2}$  Jahren mit Schwindelgefühl beim Bücken und Laufen. Nach  $\frac{1}{2}$  Jahr Unsicherheit im Gehen, dazu heftige Schmerzen in der rechten Stirn und im Hinterhaupt, zeitweiliges Erbrechen. In einem Krankenhause längere Behandlung mit Jod, jedoch ohne Erfolg, vielmehr machte sich Störung in der Sprache und beim Schlucken geltend, Getränke flossen theilweise durch die Nase zurück. Kräftig gebauter Mann in gutem Ernährungszustande. Innere Organe normal, abgesehen von bronchitischen Geräuschen in der linken Lungenspitze. Geistige Fähigkeiten in keiner Weise beeinträchtigt. Anfallsweise jedoch lebhaft Kopfschmerzen.

Anfangs immer in der rechten Stirn- und Schläfengegend, selten im Hinterhaupt, oft begleitet von Schwindelgefühl, „es drehe sich Alles, und zwar immer in einer Richtung, von links nach rechts; dabei werde es ihm schliesslich schwarz vor den Augen“. Bei Beklopfen des Kopfes lebhafter Schmerz über dem rechten Auge; Hinterhaupt kaum empfindlich; nirgends Vorwölbung. Keine Störung im Bereich des Olfactorius. Augen von eigenthümlichem Glanz; Pupillen gleich weit, normal reagirend. Opticusscheibe gut abgrenzbar, nicht hervorspringend; jedoch auf dem linken Auge, besonders in dem nasalen Theile, deutlich weissliche Färbung, die allmählich weiter zunahm und sich auch auf dem rechten Auge geltend machte. Sehvermögen stark herabgesetzt, wurde dann noch fortschreitend schlechter. Anfangs nur horizontaler Nystagmus in den Endstellungen beim Blick nach seitwärts; später deutliche Abducenslähmung rechts. Am Trigeminus rechts starke Druckempfindlichkeit im N. supraorbitalis und zygomaticus neben spontaner Schmerzempfindlichkeit im Ausbreitungsgebiet dieser Nerven. Cornealreflex auslösbar (blieb es auch), doch rechts häufig Röthung der Conjunctiva bulbi mit Injection der Gefässe um die Hornhaut. Später Zähneknirschen. Auf der linken Seite des Gesichts, im unteren Theile der Wange Herabsetzung der Empfindung für Warm und Kalt. Von Anfang an Parese des rechten Facialis, auch auf den Stirntheil sich erstreckend. Einfache Herabsetzung der elektrischen Erregbarkeit. Später Atrophie der Musculatur, besonders an den Lippen, schliesslich leichte Reizung im linken Facialis, in Folge dessen im Gesicht ein eigenthümlich ironischer Zug. Erhebliche Schwerhörigkeit beiderseits bei normalem Trommelfellbilde, Weber und Rinne. Störung des Geschmacks für Süss an der Zungenspitze. Die erste Hälfte des Gaumens blieb beim Anlauten deutlich zurück. Zunge weicht beim Herausstrecken nach rechts ab, die rechtsseitigen Bewegungen weniger gut ausführbar. Sprache deutlich alterirt (Dysarthrie). Hals wird in einer gewissen Spannung gehalten; jedoch keine Nackensteifigkeit, vielmehr Kinn nach vorn angezogen, Kopf etwas nach rechts gebeugt. An der oberen Extremität keine Motilitätsstörung, aber Sensibilität am linken Vorderarm etwas herabgesetzt. Sehnenreflexe beiderseits gesteigert, Fussclonus lebhaft, Babinski positiv; Zehen des linken Fusses werden gewöhnlich in starker Dorsalflexion gehalten. Romberg positiv, Pat. fiel gewöhnlich nach rechts. Gang stark taumelnd, deutlich

atactisch, das linke Bein wird meist vom rechten gekreuzt; auch hier bei Schwanken nach rechts. Im weiteren Verlaufe kam es unter ziehenden Schmerzen zu einer zunehmenden Parese im linken Bein, später auch im rechten. Keine Mastdarmstörungen, Blasenentleerung fast stets normal; in letzter Zeit Priapismus. — Pat. bot also zunächst allgemeine cerebrale Symptome (Kopfschmerz und Erbrechen) als Zeichen von Hirndruck dar (an Stelle der Stauungspupille allerdings eine Atrophie!), dazu Symptome localer Natur:

1. Vom Kleinhirn: Schwindelgefühl und cerebellare Ataxie;
2. von den Hirnnerven: Parese des rechtsseitigen Facialis, der rechten Gaumenhälfte und des rechten Hypoglossus; Reizung eines Theiles des rechten Trigemini, theilweise Störung der Empfindung im linken. Dabei Herabsetzung des Hörvermögens, später Abducenslähmung rechts und leichte Reizung im Facialis links;
3. fanden sich Störungen in den langen Leitungsbahnen: die gesteigerten Sehnenreflexe, der Fussclonus, der positive Babinski, die Sensibilitätsstörung im linken Unterarm, die Dorsalflexion der linken Zehen, später die Parese in den Beinen, der Priapismus.

Es musste also die in Frage kommende Affection diese drei Gebiete, das Kleinhirn, die betreffenden Nerven und die langen Leitungsbahnen, berührt haben, und zwar zuerst wahrscheinlich das Kleinhirn, dann den rechten Trigemini, Facialis und Hypoglossus, später die langen Leitungsbahnen, den rechten Abducens und linken Facialis. Man musste da eine Erkrankung der rechten Kleinhirnbrückenwinkelgegend annehmen. Das Ueberwiegen der rechtsseitigen Erscheinungen wies auf einen rechtsseitigen Sitz. Allerdings schien der Process sich im Laufe der Zeit nach der linken Seite vorzuschieben, wofür die Zunahme der Symptome seitens der langen Leitungsbahnen und die spätere Reizung des linken Facialis sprach. Auch die Dysarthrie wurde deutlicher, sie gilt als charakteristisch für eine Affection der unteren Brückegegend. Nach Krankheitsbild und Verlauf handelte es sich wohl um eine Geschwulst. Für Syphilis sprach weder die Anamnese, noch die genaue Untersuchung des Pat. selbst. Häufig sind nun T. des Pons und des Kleinhirns tuberculöser Natur. Pat. hatte bei der Aufnahme Geräusche in der linken Spitze und leichte Temperaturschwankung. Eine

positive Tuberculinreaction bestärkte den Verdacht. Daher Einleitung einer Tuberculincur, die jedoch auf den cerebralen Process keinen Einfluss hatte; jedoch entwickelte sich eine Pleuritis exsudativa, die mit wiederholten Schüttelfrösten einherging und zu starker Schwartenbildung führte. Auch späterhin traten noch öfter plötzliche Temperatursteigerungen ein, sodass der Gedanke, dass der Gehirnprocess entzündlich tuberculöser Natur sei, nicht ganz ausgeschlossen erschien, wenn er auch stark zurückgedrängt wurde durch eine inzwischen vorgenommene Lumbal-punction, welche Fehlen jeglicher Leucocytose und Gerinnselbildung ergab, was sowohl gegen Tuberculose als gegen Lues sprach. Ein Tumor blieb das Wahrscheinlichste. Pat. wünschte eine Operation, und diese wurde am 13. Januar ausgeführt, musste aber wegen Collapses bald abgebrochen werden. Tags darauf Exitus. Bei der Section zeigte sich an der Basis zwischen Kleinhirn, rechtem Schläfenlappen und Brücke der vermuthete Tumor, eine hühnereigrosse Geschwulst, ein *Cholesteatom*, von dem seitlichen Piaüberzug der rechten Brückenhälfte ausgehend und zwischen Kleinhirn, Brücke und Schläfenlappen gelagert, bis zum rechten Hirnschenkel sich nach vorn erstreckend. Am meisten verdrängt ist der vordere Rand der rechten Kleinhirnhemisphäre und die rechte Hälfte der Brücke, desgleichen Art. basilaris stark nach links verschoben. Linksseitige Nerven zum Theil etwas verlagert, doch von directem Druck verschont. Anders die rechtsseitigen. Bereits der rechte Tractus opticus etwas comprimirt. Oculomotorius mit dem Tumor im Zusammenhang, bleibt bei der Herausnahme an ihm haften. Gleichfalls abgerissen der Trochlearis. Trigemini an seinem Ursprung stark abgeplattet, gleichfalls am Tumor hängend. Auch Abducens, Facialis und Acusticus abgeplattet, Hypoglossus dünn, in seinen Wurzeln atrophisch und grau. (Deutsche med. Wochenschrift 1906 No. 21.)

## Vermischtes.

— **Erklärung einiger neuer Fachausdrücke**, von Generaloberarzt Dr. Schill (Dresden) [Forts.]:

Folliclis = schubweise auftretende hirsekorn- bis bohnergrosse, harte Knötchen in der Tiefe der Haut, welche unter Hinterlassung eines braunen Hautflecks wieder verschwinden oder, ulcerirend, kleine, weisse Narben



hinterlassen, gehört zu den papulo-nekrotischen Tuberculiden der Haut. Tubercelbacillen wurden in den Knötchen nie gefunden. Alexander, Berliner klinische Wochenschrift 1904, No. 34.

Gleitbeutel benennt Langemak die subcutanen, tiefen Schleimbeutel, welche mit Gelenken nicht communiciren, um mit dem Namen zugleich ihre Function anzudeuten. v. Langenbecks Archiv 1903, Bd. 70, H. 4.

Hamartome benannte E. Albrecht geschwulstartige Fehlbildungen, welche dieselben Componenten des normalen Gewebes jedoch unter Prävaliren des Bindegewebes zeigen. Als Hamartome beschrieb Genewein Fibrome des Nierenmarks und der Gallengänge. Zeitschrift für Heilkunde 1905, Bd. 26, H. 10.

Hammerdarm benennt König Vorstülpung eines Darmabschnitts durch eine Darmfistel nach aussen, sodass er in Hammerform ausserhalb der Bauchdecken liegt. Dadurch wird Kotstauung bedingt. Pels-Leusden hat einen solchen Fall neuerdings beschrieben. Deutsche Zeitschrift für Chirurgie 1904, Bd. 72, H. 3.

Haemotrope Sera sind solche, in denen sich spezifische Substanzen finden, welche auf Blutkörperchen derart verändernd wirken, dass sie von Phagocyten aufgenommen werden können. (cf. auch „cytotrope“ Sera). Neufeld und Töpfer, Centralblatt für Bacteriologie 1905, Bd. 38, H. 4.

„Hebotomie“ benennt van de Velde die von ihm empfohlene seitliche Durchsägung des Beckenringes bei engem Becken an Stelle der Symphyseotomie. Wiener klinische Wochenschrift 1903, No. 29. Arndt berichtet über eine erfolgreiche Ausführung der „Hebotomie“. Centralblatt für Gynaecologie 1903, No. 49.

Heleosoma tropicum, nach Wright der Erreger der endemischen Beulenkrankheit in Armenien („Delhi Sore“). Dem Leishmanschen Körperchen (cf. diese) sehr ähnlich, vielleicht mit ihm identisch. Journ. of Med. Research, Dezember 1903, No. 3, Bd. 10.

Als „Herbstkatarrh“ bezeichnet Dunbar nach Vorgang von Beard die späte Form des Heufiebers, welche in den Vereinigten Staaten von Nordamerika im August auftritt. Berliner klinische Wochenschrift 1904, S. 635.

Herzblock = die Unabhängigkeit der Contractionen der Herzventrikel von denen der Vorhöfe. Erlanger, Centralblatt für Physiologie 1905, No. 1.

Hirschsprungsche Krankheit (*Megacolon congenitum*) besteht in angeborener Weite des Colon und der Flexura sigmoidea, wodurch hartnäckige Obstipation und Auftreibung des Leibes erzeugt wird. Die Kranken sterben meist im Jugendalter. Ibrahim, Deutsche medizinische Wochenschrift 1905, S. 905. Fälle der Krankheit schildert Perthes, Langenb. Archiv Bd 77.

Holzphlegmone, als *Phlégmone ligneuse du cou*, von Reclus beschrieben = eine holzharte Entzündung des Bindegewebes des Halses, ist indolent, zeigt keine Neigung zur Erweichung und meist kein Fieber, wird oft durch Glottisödem und Behinderung des Schluckens bedenklich, führt aber zur Heilung. Literatur und ein Fall. Paukstat, Deutsche militärärztliche Zeitschrift 1905, S. 516.

Hundskrankheit ist ein in der Herzegowina endemischer, nur im Sommer auftretender Magenkatarrh, nach Karlinski ein atypischer Typhus, nach Gabel eine Infektionskrankheit *sui generis*. Taussig stimmt Gabel bei. Nach einer Incubationszeit von fünf bis sieben Tagen tritt plötzlich hohes Fieber mit intensiver Beteiligung des Nervensystems auf, welches nach zwei bis drei Tagen kritisch abfällt; sehr lange Reconvaleszenz. Die Krankheit wird wahrscheinlich durch eine Kriebelmücke übertragen. Wiener klinische Wochenschrift 1905, No. 6 u. 7.

*Idiophrenia paranoides*. Diesen Namen stellt J. Sikorski auf „für eine eigenartige intellectuelle Beschaffenheit, welche dem Irresein ähnlich ist und äusserlich an *Paranoia* erinnert“. Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten 1904, Bd. 38, II. 1.

Unter Interstitieller Schwangerschaft versteht man Einbettung des befruchteten Eis in den Abschnitt der Tube, welcher in der Uteruswand verläuft. Diese seltenen Fälle (bis jetzt 35 beschrieben) führen oft zur Ruptur und bedingen dann lebensgefährliche Blutungen. Weinbrenner, Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynaecologie 1904, Bd. 51, H. 1.

Iso- und Anisocytosen = Unterabteilungen der Hyper- und Hypoleukocytosen. Unter Isocytosen begreift J. Arneth diejenigen neutrophilen weissen Blutkörperchen, welche in ihrer Zusammensetzung dem von Arneth entworfenen normalen Blutbild entsprechen, während bei Anisocytose die weissen Blutkörperchen Schädigungen und Abweichungen vom normalen Blutbild zeigen. Arneth,

Die neutrophilen weissen Blutkörperchen bei Infektionskrankheiten, Jena, G. Fischer, 1904.

Kala-azar = Splenomegalia tropica.

Kentioskopie nennt v. Ott die Sichtbarmachung der inneren Baueingeweide mittels besonders construirter Spiegel mit angepassten elektrischen Lampen. Monatschrift für Geburtshilfe und Gynaekologie 1903, Bd. 18, H. 5.

Kopliksche Flecken. 1896 beschrieb Koplik bläulichweisse, etwa stecknadelkopfgrosse, rothumsäumte, an Kalkspritzer erinnernde Efflorescenzen auf der Wangenschleimhaut gegenüber den Backzähnen, welche einige Tage vor dem Ausbruch des Masernexanthems auftreten. Deutsche medizinische Wochenschrift 1905, No. 10.

(Deutsche med. Wochenschrift 1906 No. 9.)

(Fortsetzung folgt.)

- **Zur Behandlung der Hemeralopie mit Lebersubstanz** ergreift auch Privatdoc. Dr. v. Sicherer (München) das Wort und greift von den in den letzten Jahren so behandelten Fällen einen bezüglich des Erfolges besonders eclatanten heraus. Es handelte sich um einen Droschkenkutscher mit schwerer Hemeralopie. Pat. erhielt pro die ca. 300 bis 400 g Leber, und zwar *gekochte*, welche eine grössere Variirung der Zubereitung zulässt und dabei ebenso wirksam ist wie die von Fabry benutzte rohe Schafleber. Nach zwei Tagen bereits beträchtliche Besserung des Zustandes und nach sieben Tagen vollständige Restitutio ad integrum.

(Berliner klin. Wochenschrift 1906 No. 12.)

- **Eine neue Harnprobe auf Santonin** giebt Dr. Neuhaus (Hagen i. W.) an. Einige ccm Harn werden mit einigen Tropfen Fehling'scher Lösung versetzt. Es tritt dann eine dunkelgrüne Farbe auf. Bei weiterem Zusatz wird der Harn dunkelviolet-roth. Setzt man jetzt irgend eine Säure zu, so tritt eine hellgrüne Farbe auf. Am besten eignet sich Essigsäure als Zusatz, welche eine smaragdgrüne Farbe hervorruft; stärkere Säuren färben den Harn dunkler grün. Offenbar erzeugt das Santonin im Harn einen reducirenden Körper, welcher die grüne Farbe des Kupfers verursacht. Harne von Kindern, welche Santonin in den üblichen Dosen genommen haben, zeigen obige Reaction stets in schönster Weise; Erwachsene müssen dazu schon grössere Dosen genommen haben. Andere Medicamente rufen die Reaction nicht hervor; nur Rheuma-



harne, die auf Zusatz von Fehling'scher Lösung und Säure eine schmutziggrüne Farbe annehmen, jedoch ohne vorher jene Violett-Rothfärbung zu geben.

(Deutsche med. Wochenschrift 1906 No. 12.)

- **Zur Behandlung der Erkrankungen der Athmungsorgane** empfiehlt Dr. A. Winter (Falkenau) das von Dr. Hammer angegebene *Euferin*, eine Combination von specifisch auf die Athmungsorgane und als Roborantia wirkenden Stoffen: guajacolsulfosaurem und glycerinphosphorsaurem Natrium, Thymianextract, Cinnamylsäure und Spuren von Arsen. Ein Kaffeelöffel Euferin enthält:

Guajacol (aus guajacolsaurem Natr. berechnet)	0,2
Glycerinphosphorsäure 50 % . . . . .	0,4
Thymianextract 1 = 1 . . . . .	0,6
Cinnamylsäure . . . . .	0,0075
Arsen . . . . .	0,0025

Euferin vereinigt also gewissermaassen Sirolin, Pertussin und Sanatogen in sich. Es ist indicirt bei sämtlichen Erkrankungen der Luftwege sowohl tuberculöser wie auch nicht tuberculöser Natur, Pneumonie, Influenza, Pertussis, Masern, Emphysem, Bronchitis etc. und hat sich in etwa 60 Fällen bereits bewährt, in täglichen Gaben von vier bis fünf Kaffeelöffeln. Es bringt nicht nur bei diesen Grundkrankheiten Linderung und Hülfe, sondern hülft auch die Pat. in kräftigem Zustande zu erhalten resp. bereits Geschwächte in ihrem Kraftzustande zu heben.

(Wiener med. Presse 1906 No. 13.)

- **Ist durch Alkaligaben eine Verhütung der Salicyl-Nierenreizung möglich?** Dr. S. Möller (Städt. Krankenhaus Altona) möchte auf Grund seiner Beobachtungen diese Frage bejahen und empfiehlt, solchen Kranken, die unter hohe Salicyldosen gesetzt werden, gleichzeitig Natr. bicarb. zu verabreichen bis zur alkalischen Reaction des Harns (am ersten Tage dreimal einen Theelöffel voll, an den folgenden Tagen je einen halben Theelöffel); durch alkalische Mineralquellen gelingt es nicht, den Harn bei gleichzeitigen Salicylgaben alkalisch zu machen.

(Die Therapie der Gegenwart, April 1906.)

- **Ueber partielle Stauung und Druckbehandlung bei Entzündungen** sagt Oberstabsarzt Dr. Heermann (Posen): „Ausgehend von der Thatsache, dass acute, eitrige Entzündungen sich an Ort und Stelle erschöpfen, falls sie

nicht durch den Blut- oder Lymphstrom weitergetragen werden, habe ich bereits im Jahre 1897 versucht, ihre Weiterverbreitung bei Phlegmonen, Sehnenscheiden- und Lymphgefässentzündungen, Furunkeln, Erysipel u. a. dadurch zu verhindern, dass ich ihnen centralwärts einen festeren Gegenstand (z. B. eine festgerollte Binde, eine gefaltete Gipsbinde, ein umwickeltes Brettchen oder dgl.) in den Weg legte und diesen mit einem Riemen, Gurt oder einer Leinenbinde mässig fest, aber unverrückbar andrückte, wobei jedoch dieser Stauungskörper die Hautoberfläche überragte und für die allgemeine Circulation seitlich etwas Platz liess. Am Halse wurde dies einseitig, unterhalb des Unterkiefers vorgenommen. Auf diese Art war es gewöhnlich möglich, die Umschnürung Tage lang unverändert liegen zu lassen. Jetzt, nachdem inzwischen die günstigen Resultate der Bier'schen Stauung mit ihrer zeitweisen, totalen Umschnürung bekannt geworden, erscheint es noch mehr berechtigt, meine guten Erfahrungen mit dieser partiellen, dauernden Umschnürung nicht allein als Zufälligkeiten anzusehen. Immerhin würde daher ein Versuch mit dieser — ganz ungefährlichen — Methode in allen denjenigen Fällen berechtigt sein, in welchen eine sorgfältige und dauernde Beaufsichtigung der Stauung nicht möglich ist. Ausserdem steht dem nichts im Wege, noch nebenbei die Bier'sche Stauung zeitweise und weiter centralwärts von dieser partiellen Umschnürung anzuwenden. Weiterhin will ich die Gelegenheit benützen, auf zwei andere, ebenfalls früher kurz veröffentlichte Druckbehandlungsarten noch einmal zurückzukommen. Sie betreffen:

1. Die *Nachbehandlung von Entzündungen etc.*, bei welchen eine Incision angelegt, die acuten Erscheinungen vorüber, aber noch Schwellungen, Ablösungen der Knochenhaut und freiliegende Sehnen vorhanden sind. Ein auf die geschwollenen Weichtheile und Wundränder ausgeführter localer, dauernder Druck bei freibleibender Incisionsöffnung befördert hier in sichtbarer Weise die Eiterentleerung, die Abschwellung, das Anlegen der Knochenhaut, das Herüberziehen von Weichtheilen über die Sehnen und die Heilung der Wunde mit fester, möglichst kleiner Narbe. Nur möchte ich hinzufügen, dass man an kleinen Gliedmaassen, z. B. an den Fingern, zum Umwickeln und Festhalten des drückenden Körpers Leinenband, Bindfaden oder Draht (aber keine gewöhnliche Binde) wählen muss, um jedes Nachgeben des Verbandes zu verhindern.

## 2. *Fisteln und Abscesshöhlen.*

Natürlich darf man, solange noch Knochen- oder Weichtheile in der Tiefe in Abstossung begriffen sind, einen Erfolg nicht erwarten. In allen Fällen aber von restirenden Fisteln anderer Art, sowie von gewöhnlichen Abscesshöhlen, deren Heilung bei dem gebräuchlichen Ausstopfen mit Gaze oft lange Zeit beansprucht, zeigt sich häufig ein überraschender Erfolg, wenn man die Wundungen des Fistelganges oder der Abscesshöhle, natürlich am tiefsten Punkte beginnend, einfach zusammendrückt.“

(Deutsche med. Wochenschrift 1906 No. 18.)

- Einen **Beitrag zur Verwendung des Sanatogens bei sexueller Neurasthenie** liefert Dr. P. Meissner (Berlin). Derselbe gab derartigen Pat. täglich dreimal einen Esslöffel Sanatogen verrührt in zwei Esslöffel Wasser (event. unter Zusatz von etwas Citronensaft) während der Mahlzeiten, und sah dabei nicht nur deutliche Besserung des Allgemeinbefindens, sondern auch Schwinden jener neurasthenischen Symptome bei sämtlichen Kranken. (Therap. Monatshefte, Mai 1906.)

- **Infusionsbomben** stellt auf Veranlassung von Dr. H. M. Marcus (Wien) C. Haubner's Engalapothek in Wien her. Diese Bomben, mit  $\frac{1}{2}$  resp. 1 L. steriler physiol. Kochsalzlösung gefüllt, können unmittelbar nach Abbrechen des Glases verwendet werden und werden später zugesmolzen und wieder benützt. In compendiöser Kartondeckung geliefert, eignen sie sich besonders für den Land- und Schiffsarzt und gestalten die Infusion sehr einfach.

(Deutsche med. Wochenschrift 1906 No. 18.)

- **Einige Erfahrungen über innere Adrenalindarreichung** publicirt Dr. S. Kreuzfuchs (Breitenstein). Er gab die Clin'schen Adrenalinpillen (à  $\frac{1}{4}$  mg) mit Erfolg bei angio-paralytischer Hemicranie, später dann bei Krankheitszuständen, die mit einer Hyperaemie des betreffenden Organs einhergehen, besonders bei Erkrankungen des Magens (Dyspepsie mit gesteigerter Salzsäureproduction, Gastralgien, Erbrechen); je eine Pille früh und Abends brachten die Beschwerden prompt zum Verschwinden.

(Wiener med. Presse 1906 No. 17.)

---

Für den redactionellen Theil verantwortlich:  
Dr. E. Graetzer in Friedenau-Berlin.



# Excerpta medica.

## Kurze monatliche Journalauszüge

aus der gesamten Fachliteratur

### zum Gebrauch für den praktischen Arzt.

Herausgegeben von *Dr. med. Eugen Graetzer in Friedenau-Berlin.*

Verlag von Carl Sallmann, Leipzig.

September

XV. Jahrgang

1906

### **Anaemie, Chlorose.** Ueber die Verträglichkeit des

**Triferrins bei Magenkrankheiten** haben Dr. M. Alexander und Dr. H. Ury (Poliklinik von J. Boas) Versuche angestellt, die sehr befriedigende Resultate ergaben. Der Liq. Triferrin. comp. „Gehe“ ist ein aromatischer Liqueur und enthält 1 1/2% Triferrin; da Triferrin 22% Eisen enthält, so bekommt der Pat. bei Verabreichung von dreimal täglich ein Esslöffel pro dosi 0,053 g Eisen, pro die 0,16 g metallischen Eisens. Die Tabletten sind 0,5 g schwer, werden unter Zusatz von 0,2 g Chocolate hergestellt; es werden also bei Darreichung von dreimal täglich eine Tablette pro dosi 0,066 g metallisches Eisen, pro die 0,198 g gegeben. Es zeigte sich nun zunächst, dass Triferrin deutlich eine günstige Wirkung auf die Hämoglobinbildung ausübt, ja dass es darin den besten Eisenpräparaten an die Seite gestellt werden kann. Ferner kann nach fast zweijährigen Beobachtungen erklärt werden, dass Triferrin durchaus frei von unerwünschten Nebenwirkungen auf den Magen ist. Es wird selbst bei ausgesprochenen organischen Magenaffektionen vorzüglich vertragen, und zwar sowohl von empfindlichen und reizbaren Mägen, als auch von Mägen, die in Bezug auf die Verdauungskraft und die motorische Kraft hinter der Norm zurückstehen. Es waren Pat., welche vorher andere Eisenpräparate absolut nicht vertrugen, Triferrin aber gut tolerierten. Auch wurde das Mittel immer gern genommen. Wir besitzen demnach in dem Triferrin ein vorzügliches Eisenpräparat, welches hinsichtlich der Eisenresorption und Assimilation wohl hinter keinem Eisenpräparat zurücksteht.

welches aber vor allem dadurch sich auszeichnet, dass es völlig unschädlich für den Magen ist.

(Deutsche Medicinal-Zeitung 1906 No. 53.)

- Für **Arzneibehandlung der Bleichsucht und anaemischer Schwächezustände** empfiehlt Dr. O. Günzel (Soden i. T.) warm das *Bioferrin*. Das Präparat wirkte bei diesen Zuständen ausgezeichnet, sowohl bei Erwachsenen als auch bei Kindern; bei schwächlichen, anaemischen Kindern waren die Erfolge sogar am auffallendsten, und auch Säuglingen wurde Bioferrin (2mal täglich 5 g) mit bestem Erfolge gegeben.

(Die ärztliche Praxis 1906 No. 13.)

- **Therapeutische Versuche mit Bioferrin bei Anaemien im Kindesalter** hat Dr. H. Herzog (Univers.-Kinderklinik Heidelberg) gemacht. Es wurde das Präparat 19 Kindern mit primärer oder secundärer Anaemie verabfolgt (3mal täglich 5—10 ccm). Resultate sehr zufriedenstellend. Günstige Beeinflussung der Blutbeschaffenheit unverkennbar, meist rasches und sehr erhebliches Anwachsen des Haemoglobingehaltes. Besonders beweisend drei Fälle, wo seit Monaten alle ärztlichen Bemühungen, durch diätetisch-physikalische Therapie und Medicamente die Anaemie zu beseitigen, vergeblich gewesen waren, während bei Bioferrindarreichung bald Erfolg eintrat.

(Deutsche med. Wochenschrift 1906 No. 28.)

- **Ueber den therapeutischen Werth des Eisennährpräparates Fersan** lässt sich Dr. J. Margosches (Podu-Ilocei) aus und berichtet von einer Anzahl von Fällen, wo sich das Mittel bei primären und secundären Anaemien bestens bewährt hat. Besonders bemerkenswerth waren die Erfolge bei Rhachitis. Fersan wurde von den Kindern gern genommen (Chocoladepastillen) und auch bei längerem Gebrauche gut vertragen. Fersan ist deshalb so empfehlenswerth, weil es die Eigenschaften eines haematopoëtischen Eisenmittels mit denen eines Nährpräparates vereinigt, wobei die wichtige Phosphorcomponente als nervenstärkendes Agens wirkt; es ist auch ein billiges Nährpräparat.

(Medicin. Blätter 1906 Nr. 26.)

- Ueber **Anaemie bei Phthisikern als Folge gastrointestinaler Störungen** lässt sich Dr. E. Wolff (Städt. Krankenhaus Charlottenburg-Westend) aus und schildert Fälle, bei denen die Anaemie als Erkrankung sui generis neben der Phthise

bestand. Diese Anaemie wurde durch eine intestinale Behandlung fast behoben und blieb auf diesem Stadium, obwohl die Phthise rapide Fortschritte machte. Untersuchungen zeigten, dass anaemische Veränderungen der rothen Blutkörperchen bei Phthisikern der Tuberculose an und für sich nicht zuzuschreiben sind, sondern dass in solchen Fällen Complicationen bestehen, unter denen wegen der Dankbarkeit der Therapie gastro-intestinale Störungen besondere Beachtung verdienen. Zugleich sind die Fälle eine neue Stütze für die von E. Grawitz vertretene Ansicht, dass ein grosser Theil der bisher aetiologisch dunklen perniciosen Anaemien nicht primäre Erkrankungen des Blutes oder Knochenmarks darstellt, sondern secundäre schwere Schädigungen der Blutzellen durch chronische innere Giftwirkung vom Intestinaltractus aus. Vor allem aber sind die Fälle geeignet, von Neuem auf die Wichtigkeit der Beachtung der Magen- und Darmverhältnisse bei der Behandlung der Phthisiker aufmerksam zu machen. Durch rechtzeitige Feststellung etwaiger Verdauungsanomalien, Anacidität und Stauungsvorgänge im Magen und Darm, und Beseitigung derselben wird es häufig gelingen, nicht nur bessere Zunahme des Körpergewichts und allgemeinen Kräftezustandes zu erzielen, sondern auch anaemischen Zuständen vorzubeugen oder, wenn Anfänge davon vorhanden sind, dieselben zum Schwinden zu bringen, ehe die Anaemie eine schwerere geworden ist.

(Deutsche Aerzte-Ztg. 1906 No. 13.)

- **Ueber hochsitzende Haemorrhoiden als Ursachen von occulten Darmblutungen** lenkt wieder Prof. E. E. Goldmann (Freiburger Diakonissenhaus) die Aufmerksamkeit. Solche „versteckte“ Haemorrhoiden können zu schweren anaemischen Zuständen führen. Es handelt sich zwar meist um geringfügige Blutungen, die aber anscheinend continuirlich auftreten und daher schleichend einen schweren anaemischen Zustand bewirken können. Das Blut mischt sich so innig mit dem Stuhlgang, dass es nicht erkannt wird, bis der Arzt durch die zunehmende Anaemie veranlasst wird, die Abgänge genauer zu untersuchen. Hier führt nun oft, wie sich Autor überzeugt hat, die *Rectoskopie* zum Ziel, und seitdem Autor methodisch diese bei allen Erkrankungen des unteren Darmabschnittes ausübt, hat er oft die Aetiologie jener Blutungen erkannt, indem er die occulten Haemorrhoiden zu Gesicht bekam. Einmal gingen die Blutungen von einem isolirten, etwa hasel-

nussgrossen Varixknoten aus, den er 18 cm oberhalb des Anus rectoskopisch entdeckte.

(Centralblatt f. Chirurgie 1906 No. 26.)

### **Arteriosklerose. Einen Fall von Herzneurose und A.**

**nach Trauma** beschreibt Geh. Med.-Rath Prof. Dr. Goldscheider (Berlin, Krankenhaus Moabit). Der Fall lässt die Beziehungen der Alteration des Gefässsystems zum traumatischen Nervenchoch in besonders reiner Weise erkennen. Der 26jähr. Pat. ist nach seiner Angabe bis zu seinem im September 1904 vorgekommenen Unfall nie ernstlich krank gewesen. Er will nie syphilitisch inficirt gewesen sein, nicht besonders viel getrunken und geraucht haben. Von 1900—1902 hat er seiner Militärflicht genügt. Er stammt aus gesunder Familie, beide Eltern leben und sind gesund; ebenso sechs Geschwister. Am 1. September 1904 fiel ihm bei der Arbeit ein Ziegelstein auf den Kopf. Er war zunächst eine Zeitlang bewusstlos; auf dem Nachhausewege wurde er von Erbrechen befallen. Er kam dann am 20. September 1904 in das Moabiter Krankenhaus, wo Folgendes beobachtet wurde: Klagen über Hinterkopfschmerzen, Schwindelgefühl. Mittelgrosser, kräftiger, gut genährter Mann, mit deprimirtem Gesichtsausdruck. Der Herzspitzenstoss eine Fingerbreite nach innen von der Mammillarlinie, nicht sonderlich stark. Herztöne rein, nicht besonders accentuirt. Arterien zart, etwas gespannt. Pulsfrequenz in der Ruhe 120. Hände und Füsse kalt und feucht. Sensibilität und Gesichtsfeld normal. Reflexe sehr gesteigert. Pupillarreflex sehr prompt. Dermographie. Lebhaftes Zittern der Hände und der Lider (beim Augenschluss). Beim Romberg'schen Versuch tritt nach einiger Zeit Schwanken auf, wobei die Pulszahl auf 136 steigt. Beim Bücken starke Röthung des Gesichts. Bei muskulärer Arbeitsleistung stieg die Pulsfrequenz ausserordentlich. So betrug sie nach fünfmaligem Drehen des auf mässigen Widerstand eingestellten Ergostaten 144, nach zehnmaligem Drehen kam es sogar zu Beschleunigungen von ca. 180 Pulsen. Die hohen Pulsfrequenzen und ebenso die subjectiven Klagen hielten an. Am 19. XI. wurde er entlassen. Nach seiner Entlassung aus dem Krankenhause hat er verschiedentlich zu arbeiten versucht, konnte aber wegen starker Kopfschmerzen, Zittern, Mattigkeit keine Arbeit verrichten, so dass er sich meist zu Hause aufhielt. Im Mai 1905 ist er während eines Spazierganges nach heftigen Kopfschmerzen plötzlich bewusstlos geworden



und zu Boden gefallen, wobei er sich eine Fractur des rechten Unterschenkels zuzog. Am 7. December 1905 wurde er zum zweiten Male aufgenommen. Er zeigte einen bekümmerten leidenden Gesichtsausdruck. Die Pulsfrequenz betrug in liegender Stellung 120, die Armarterien waren geschlängelt, ihre Wandungen verhärtet. Der Herzspitzenstoss war stark hebend und reichte in mittlerer Athmungsstellung nach links bis zur Mammillarlinie. Ueber der Aorta war ein systolisches Geräusch hörbar, der zweite Aortenton war verstärkt und klingend. Urin frei von Eiweiss, Zucker und Cylindern. Lungen, Unterleibsorgane ohne Veränderungen. Das Nervensystem bot neurasthenische Symptome dar: Kleinschlägiges Zittern der Hände, Zittern der Zunge, feuchte kühle Hände und Füsse, sehr gesteigerte Reflexe, Dermographie; Sensibilität, Gesichtsfeld normal. Augenhintergrund ohne Veränderungen. Beim Romberg'schen Versuch trat nur starkes Kop fzittern, kein Schwanken ein. Der Blutdruck, mittels Gärtner's Tonometer gemessen, betrug 125 mm Quecksilber. Die Pulsfrequenz, in der Ruhe ca. 120, stieg nach zehnmaligem langsamen Umdrehen des auf ganz geringen Widerstand eingestellten Ergostaten auf 150 und ging, bei ruhiger Haltung, erst nach ca. 5—6 Minuten auf die erste Zahl zurück. Das Röntgenbild zeigte keine Erweiterung der Aorta. Der Zustand blieb während der ganzen Beobachtungsdauer ungefähr derselbe. Die Pulszahl schwankte zwischen 120 und 136. Vorübergehend trat leichte Arrhythmie auf. Eine wesentliche Besserung wurde nicht erzielt. Am 19. Februar 1906 verliess Pat. das Krankenhaus. Der zweite Krankenhaus-Aufenthalt zeigt uns den Kranken somit im Zustande der Arteriosklerose und Herzhypertrophie; auch gewisse muskuläre Schwächeerscheinungen des Herzens (Arrhythmie, langsames Abklingen der gesteigerten Pulsfrequenz nach Arbeitsleistung) sind wahrnehmbar. Bei einer am 29. März vorgenommenen Nachuntersuchung wurde derselbe Zustand constatirt. Pulsfrequenz 136, gelegentlich bis zu 144 steigend (ohne Muskelanstrengung). Systolisches scharfes Geräusch am Aortenostium und auf dem Sternum, nicht an der Herzspitze. Hin und wieder verkürzte Systolen mit verlängertem Intervall. Schlängelung und verdickte, härtliche Beschaffenheit der Radialis, Brachialis, Temporalis. — Die mitgetheilte Beobachtung zeigt fast mit der Schärfe eines Experiments die Entwicklung einer Arteriosklerose und Herzhypertrophie nach einem Trauma. Das Bindeglied ist ohne Zweifel in der

nervösen Beschleunigung der Herzthätigkeit zu suchen. Die ganze Krankengeschichte lässt erkennen, dass die beschleunigte Herzaction sich im Anschluss an die Verletzung entwickelt hat. Denn wenn Autor den Mann auch vor dem Unfall nicht gesehen hat, so kann man doch in diesem Falle unbedenklich voraussetzen, dass er in einer solchen Verfassung seiner Nerven und seines Herzens nicht hätte arbeiten können. Die Herzbeschleunigung muss als eine solche von nervösem Charakter aufgefasst werden, da einerseits muskuläre Veränderungen zunächst fehlten, andererseits deutliche Zeichen einer allgemeinen Neurasthenie bestanden. Die Steigerung der Pulsfrequenz bei Arbeitsleistung findet sich bei der Herzneurasthenie ebenso wie bei muskulären Schwächezuständen. Die innige Abhängigkeit von der Psyche offenbart sich in dem Ansteigen der Pulszahl beim Romberg'schen Versuch. Wahrscheinlich ist es nicht die häufigere Herzcontraction an sich, sondern die vasomotorische Neurose überhaupt und die gesammte nervöse und psychische Reizbarkeitssteigerung mit ihren Rückwirkungen auf den Blutdruck und die Gefässwandspannung, welche für die Entwicklung der vorliegenden organischen Veränderungen des Circulationssystems verantwortlich zu machen sind. Letztere erscheinen zunächst als Anpassungsvorgänge, um bei Fortwirkung der schädigenden Bedingungen zur Arteriosklerose überzuleiten.

(Berliner klin. Wochenschrift 1906 No. 17.)

— **Ueber die therapeutische Verwendbarkeit des Sajodin** berichtet Dr. G. Koch (Städt. Krankenhaus Moabit in Berlin). Er wandte das Präparat in ausgedehntem Maasse bei Arteriosklerose (ferner bei Asthma bronchiale und tertiärer Syphilis) an und lernte es als therapeutisch wirksames Mittel kennen. Was aber den Jodismus anbelangt, so sah er bei mehreren Pat., selbst nach geringen Dosen, Intoxicationerscheinungen auftreten, die nach Aussetzen des Medicaments prompt verschwanden. Andererseits konnte in mehreren Fällen Sajodin in grösseren Dosen bis zu 3 g pro die verabfolgt werden, ohne dass sich Jodnebenwirkungen zeigten, während die Darreichung von nur 2 g Jodkali die Symptome des Jodismus hervorrief. Autor fasst sein Urtheil über Sajodin wie folgt zusammen:

1. Das Sajodin ist mit gleichgutem Erfolge wie Jodkalium oder Jodnatrium angewandt worden.



2. Wenn es auch nicht befähigt ist, den Jodismus überhaupt zu verhüten, so ist es doch in Fällen zu versuchen, in denen nach anderen Jodpräparaten sich unangenehme Nebenwirkungen zeigen; denn es ist bewiesen, dass es häufig besser vertragen wird als Jodalkalien.
3. Sajodin ist als wasserunlösliches und geschmackloses Pulver in Oblaten oder Tabletten verordnet, eine angenehmere Medicationsform als Jodkali, da es die Magenschleimhaut nicht angreift. Das Jodkali zu ersetzen ist es wegen seines ungleich höheren Preises nicht imstande.

(Die Therapie der Gegenwart, Juni 1906.)

### **Basedow'sche Krankheit. Ist Morbus Basedowii,**

**auf dem Boden einer Unfallhysterie entstanden, als Unfallfolge zu betrachten?** so fragt Dr. R. Tetzner (Hermann-Haus in Stötteritz bei Leipzig) im Anschluss an einen beobachteten Fall. Die Frage, ob ein körperliches Trauma B. auslösen kann, ist noch keineswegs geklärt. Psychische Traumen — andauernde Gemüths-bewegungen sowohl wie einmalige starke Seelenerschütterungen — rufen sie zwar nicht hervor, begünstigen aber sicher ihre Entstehung. Der Ausbruch der Krankheit erfolgt aber immer erst auf der Basis einer bereits bestehenden neuropathischen Disposition, die sich documentirt theils in hereditärer Anlage und Belastung, theils in Alkoholismus, theils in Nervosität oder Hysterie. Schwierigkeiten in der Beurtheilung der Krankheit entstehen sehr häufig, wenn ein entschädigungspflichtiger Unfall in Verbindung mit der Krankheit gebracht wird. Es kann sich dann darum handeln:

1. Hat der Unfall die ersten Symptome der Krankheit ausgelöst oder sind die ersten Erscheinungen Arzt und Pat. vor dem Unfall entgangen?
2. Hat der Unfall die schon vorher voll ausgeprägte Krankheit verschlimmern resp. zur raschen Entwicklung bringen können?
3. Ist eine B. dann als Unfallfolge anzusehen, wenn sie sich auf Grund einer durch einen Unfall gesetzten neuropathischen Disposition entwickelt?

Dieser letztere Fall ist sicher der folgenschwerste und zugleich am schwersten zu entscheidende, denn über folgende Fragen muss dabei Klarheit herrschen: 1. Waren zur Zeit des Unfalls keine Anzeichen der B. vorhanden? 2. Ist die neuropathische Disposition sicher erst durch

den Unfall entstanden? Da es sich bei derartigen Fällen häufig findet, dass die betreffenden Pat. nicht vorher neurologisch untersucht worden sind, so ist der von Tetzner beschriebene Fall, der mehrmals neurologisch untersucht wurde, ohne dass sich Anzeichen eines B. fanden, und der dann nach sechs Jahren an B. erkrankte, besonders interessant. Es handelt sich um einen Mann, der am 12. Februar 1900 von einer Transmission am Arm erfasst und herumgeschleudert wurde, gegen die Decke flog und dann vier Meter herunterfiel, dabei eine commotio cerebri et medullae spinalis erlitt. Er nahm nach vier Wochen wieder leichte Arbeit auf, blieb aber dauernd krank und zeigt jetzt bei der Untersuchung Zeichen von B. und Hysterie. Die Basedow'sche Krankheit wurde auf Grund folgender Symptome diagnosticirt: weiche Vergrößerung der Schilddrüse, Exophthalmus, Stellwag'sches und Möbius'sches Symptom, Pulsbeschleunigung, starkes Schwitzen, Diarrhoen, Zittern der Zunge und Finger. Subjectiv: Innere Unruhe, Herzklopfen, Reizbarkeit, schlechter Schlaf, Mattigkeit, Appetitlosigkeit. Dass eine Ueberlagerung mit Hysterie vorlag, wurde aus dem allgemeinen Fingertremor geschlossen, dessen Abhängigkeit von der Psyche des Kranken, verbunden mit eigentümlichen Nickbewegungen des Kopfes, für hysterisch erachtet wurde. Als fernere Zeichen der Hysterie wurden angesehen die Klopfempfindlichkeit des Schädels, die Schmerzhaftigkeit der Orbitalpunkte, die Abschwächung des Würgerreflexes, die Steigerung der Patellarsehnenreflexe und der Hautreflexe, der Patellarklonus, die Hyperalgesie, die Dermographie und die hysterogenen Zonen. Von subjektiven Beschwerden: die Kopfschmerzen, das Ohrensausen, die unruhigen Träume, das Schreien nachts, die Schmerzen im rechten Ellbogengelenk und die „Anfälle von Bewusstlosigkeit“. Für die Beurteilung der Entschädigungspflicht der Berufsgenossenschaft waren folgende Erwägungen massgebend:

Es steht fest, dass Pat. in Folge des Unfalles am 12. Februar 1900 eine schwere Erschütterung des Centralnervensystems erlitten hat. Vor dem Unfälle ist er voll arbeitsfähig und nicht nervenleidend gewesen. Aus den Begutachtungen der Zeit kurz nach dem Unfälle geht hervor, dass er infolge dieser Erschütterung des Centralnervensystems an nervösen Erscheinungen gelitten hat, die allmählich geringer wurden. Ganz verschwunden sind sie offenbar nie und es liesse den Thatfachen Zwang antun,

wenn man die jetzt zu beobachtenden starken nervösen Erscheinungen als völlig neue bezeichnen und sie nicht vielmehr als erhebliche Verstärkung der früheren geringeren Beschwerden auffassen wollte. Auf Grund dieser Erwägungen muss man aber zu dem Schluss kommen, dass Pat. durch den Unfall unzweifelhaft eine neuropathische Disposition erworben hat. Durch die Beobachtung im Hermann-Hause ist ferner festgestellt worden, dass Pat. im November 1902 noch keinerlei Zeichen einer Basedow'schen Krankheit geboten hat. Der Befund, den ein Arzt am 11. April 1905 erhob, und der für die Einstellung einer 10prozentigen Rente massgebend war, erwähnt nicht ein einziges Symptom der Basedow'schen Krankheit. Es ist demnach anzunehmen, dass diese Krankheit sich erst im zweiten Halbjahr 1905 entwickelt hat. Aus diesem Grunde ist die Annahme, dass der Unfall vom 12. Februar 1900 die auslösende Ursache für die Krankheit gewesen sein könne, mit Bestimmtheit abzulehnen und in diesem Sinne ist der Unfall für die jetzige Krankheit nicht entschädigungspflichtig. Wohl aber steht fest, dass zur Entstehung einer Basedow'schen Krankheit eine nervöse Disposition gehört. Diese hat nun sicher Pat. durch den Unfall erworben und es erscheint glaubhaft, dass auf dieser Basis die Entwicklung der Krankheit rascher und vielleicht auch intensiver vor sich gegangen ist als unter anderen Umständen. Wir haben demnach eine Basedow'sche Krankheit auf dem Boden einer Unfalloysterie vor uns. Zugleich aber haben wir es auch mit einer erheblichen Verschlimmerung einer seit sechs Jahren bestehenden leichten Unfalloysterie zu tun. Beide Krankheiten haben aber zu viel gemeinsame Symptome, um sie von einander trennen zu können, abgesehen davon, dass sie sich gegenseitig direkt beeinflussen. Die jetzt vorhandenen nervösen Erscheinungen beeinträchtigen die Erwerbsfähigkeit des Pat. in hohem Grade, zu mehr als ganz leichten Arbeiten ist er nicht fähig. Für die Verpflichtung der Berufsgenossenschaft, die Folgen des Unfalles zu entschädigen, kommt in Betracht:

1. Die seit sechs Jahren bestehende leichte Unfalloysterie hat sich jetzt erheblich verschlimmert.
2. Die jetzt nachzuweisende Basedow'sche Krankheit ist zwar nicht direkt durch den Unfall hervorgerufen worden, hat sich aber auf dem Boden einer durch den Unfall gesetzten nervösen Disposition besser und rascher entwickeln können.

3. Eine Trennung beider Krankheiten ist unmöglich.

Der Grad der Erwerbsbeschränkung beträgt mindestens 80 %.

(Aerztl. Sachverständigen-Ztg. 1906 No. 10.)

— **Zur Pathologie der B.** gibt Prof. M. Bernhardt (Berlin) zwei interessante Beobachtungen wieder. Bei der einen handelt es sich um eine 27jährige Frau, die neben B. doppelseitige Halsrippen aufwies. Es kann das ja ein ganz zufälliges Zusammentreffen sein. Da aber einerseits eine nicht geringe Anzahl von Autoren die B. mit einer neuropathischen Disposition in Zusammenhang bringt, resp. letztere als ein der Erkrankung im weiteren Sinne zugrunde liegendes Moment betont und andererseits in neuerer Zeit von einigen die Anwesenheit von Halsrippen bei Syringomyelie als Degenerationszeichen aufgefasst wird, so ist obiger Fall immerhin bemerkenswerth. — Dann eine Beobachtung betreffend das Vorhandensein der B. bei Eheleuten. Auch dies kann ganz zufällig sein; es ist sehr wohl möglich, dass dieselben Ursachen, Ueberanstrengung und Sorgen, das Entstehen derselben Affection bei den Eheleuten veranlasst hat. Hiergegen lässt sich kaum einwenden, dass ja der Ehemann schon längere Zeit einen Kropf gehabt habe; denn wenn es feststeht, dass zu schon längere Zeit bestehendem Kropfleiden die B. hinzutreten kann, so ist doch andererseits gewiss, dass dies nicht durchaus in allen Fällen von Kropf geschehen muss.

(Berl. klin. Wochenschrift 1906 No. 27.)

— **Zur Thyreoidbehandlung der B. und insbesondere ihrer Combination mit Myxoedem** theilt Dr. A. Holub (Karlsbad) die Krankengeschichte einer Familie mit, in der die zweitjüngste (16jährige) Tochter wesentliche Züge beider Affectionen vereint zeigte, eine Schwester an deutlichen Zeichen der B. litt, während die übrigen fünf Familienmitglieder, den Vater und eine erst elfjährige Tochter ausgenommen, seit ihrer Pubertät mit einer Struma — theils mit, theils ohne Tachycardie — behaftet waren. Bei der 16jährigen Pat. wirkten die Thyreoidintabletten sehr günstig ein, ebenso bei einer 19jährigen und einer 26jährigen Schwester. Schwierig ist die günstige Beeinflussung der myxödematösen Symptome durch Thyreoidea bei gleichzeitig bestehenden Basedowzeichen zu verstehen und noch schwieriger die günstige Beeinflussung der letzteren durch dieselbe Therapie. Schon die Thatsache, dass gleichzeitig Myxoedem- und Basedowsymptome bei

demselben Pat. bestehen können, lässt sich mit der Idee, dass die B. einem Hyperthyreoidismus, das Myxödem einem Hypothyreoidismus seinen Ursprung verdanke, nicht vereinbaren. Wir müssen mit Möbius, Oswald u. a. annehmen, dass es sich bei der B. nicht so sehr um einen Hyperthyreoidismus, als um einen, wohl gewöhnlich mit Hyperthyreoidismus gepaarten Dysthyreoidismus handle, wobei es nicht unwahrscheinlich ist, dass zwischen beiden Veränderungen kausale Beziehungen bestehen. Nur so können wir es verstehen, dass sich bei bestehender B. Zeichen von Mangel normalen Thyreoidsekrets zeigen, die durch Zufuhr von Thyreoiden geheilt werden können. Die Besserung der Basedowerscheinungen wäre als Folge einer Schonungstherapie in der Weise aufzufassen, dass durch die Zufuhr von Thyreoiden der secretorische Reiz auf die Schilddrüse verringert würde, und dass durch diese zeitweilige Entlastung dieselbe die Fähigkeit zurückerlange, normales Secret in normalen Mengen zu erzeugen. Da ein Theil der Symptome der B. wohl zweifellos auf Hyperthyreoidismus beruht, wofür schon die Aehnlichkeit der Symptomatologie der Thyreoidinvergiftung mit der der B., sowie die therapeutischen Erfolge der Strumektomie sprechen, so ist bei Verwendung der Thyreoidenpräparate bei der B. äusserste Vorsicht unbedingt geboten. Autor würde vorläufig rathen, sie nur bei chronischen, nicht zu schweren Fällen zu verwenden. Sie kann aber, wie obige Fälle zeigen, von gutem Erfolge begleitet sein. Eine stricte Indication zur Thyreoidbehandlung von Basedowkranken scheinen myxödematöse Begleiterscheinungen zu ergeben.

(Wiener klin. Rundschau 1906 Nr. 19.)

### **Blutungen.** Zur Behandlung der Dysmenorrhoe empfiehlt

Dr. M. Jacoby (Mannheim) das als werthvolles Mittel zur Bekämpfung der Gebärmutterblutungen bekannte *Styptol*. In relativ grossen Dosen verabfolgt, wirkt es auch bei Dysmenorrhoe recht gut. Autor giebt hierbei sofort 4 mal zwei Tabletten (à 0,05 g) pro die, in schweren Fällen beginnt er sogar mit 4 mal drei Tabletten, und hat nie unangenehme Folgen gesehen. Bei einer Pat., die Tabletten nicht schlucken konnte, ordinarie er mit Erfolg:

Rp. Styptol pulv. 1,0

Syr. simpl.

Aq. foenic. aa 50,0

D. L. 3 mal tägl. zwei Theelöffel

metit was Cognac zu nehmen.

Man warte mit der Medication aber nicht erst bis zum Auftreten der dysmenorrhöischen Beschwerden, sondern beginne schon zwei bis drei Tage vorher. Autor giebt in der Regel drei Tage vor dem Termin der Menses 3mal zwei Tabletten und steigt dann allmählich bis 5mal zwei Stück. Das Mittel wird dann während der ganzen Dauer der Menses genommen. Diese schon vorzeitig beginnende Darreichung des Mittels übt zu gleicher Zeit auch einen viel günstigeren Einfluss auf die Blutung aus. Sehr häufig sind die dysmenorrhöischen Beschwerden von lange dauernden und starken Menorrhagien begleitet; Autor hat fast stets bei eben beschriebener Darreichung sowohl die Stärke der B. vermindern wie ihre Dauer verkürzen können. Gegen die idiopathische Dysmenorrhoe besitzen wir im Stypitol ein Mittel, welches nicht nur vorübergehend beruhigend wirkt, sondern die Krankheit meist dauernd zu heilen im Stande ist. Infolge seiner doppelten, sedativen und haemostatischen Wirkung ist es ein sicheres Mittel gegen schmerzhaft und langdauernde Menstruation.

(Die Therapie der Gegenwart, Juni 1906.)

- **Die Stauungshypæraemie bei Blutern** war bisher noch nicht versucht worden. Geh. San.-R. Dr. Alb. Cohn (Berlin) hatte einen 19jähr. Jüngling, der an Haemophilie litt und mit und ohne traumatische Einflüsse starke Blutergüsse in die Gelenke bekam, in Behandlung und wollte Stauungshypæraemie anwenden. Würde diese aber bei einem Bluter durch die damit verbundene starke Ausdehnung der Gefässe bedenkliche B. herbeiführen? Autor wagte es zu versuchen. Pat. hatte einen sehr grossen Bluterguss im Schultergelenk, dessen Umfang das Normale um das Vierfache überstieg und lebhaft Schmerzen machte. Mit einer straffen Binde wurde der Oberarm unterhalb der Geschwulst eingeschnürt. Es zeigte sich keine schädliche Folge, und nach 24 Stunden war erhebliche Besserung eingetreten.

(Berliner klin. Wochenschrift 1906 Nr. 22.)

- **Haematurie durch Hefewirkung** sah Dr. R. Wohlaue (Berlin) eintreten. Die unangenehmen Nebenwirkungen am Menschen bei der Benutzung der Hefe sind gewöhnlich gastrointestinaler Natur, seitens der Harnwege zeigten sie sich bisher nicht. Autors Pat. war ein Bäckerlehrling, der mit der Angabe kam, seit acht Tagen unter starkem Drange am Ende des Urinirens Blut zu entleeren. Acht Tage vor der Urinblutung hatte das Leiden mit heftigen



Magenbeschwerden, Diarrhoe, Leibkolik begonnen. Noch jetzt hat Pat. Schmerzen im Unterleib und im hinteren Theile der Harnröhre. Urin blutig, enthält mikroskopisch nur rothe Blutkörperchen, sonst keine anderen Bestandtheile, auch keine Bakterien. Unter Medication von Morphinum und Sandelholzöl Besserung der Beschwerden; am nächsten Tage Urin nur noch mikroskopisch bluthaltig und am folgenden Tage alles normal. Pat. ist seitdem gesund geblieben. Woher war die Blutung gekommen? Autor erfuhr vom Meister des Burschen, dass letzterer häufig beim Hefenaschen ertappt worden sei und nicht geringe Mengen davon zu essen pflegte. Hier musste der Grund für die Blasenblutung gesucht werden. Frisches Bier und gährender Wein verursachen ja bekanntlich peinlichen Harnandrang und schmerzhaftes Miction. Im obigen Falle waren erst die üblichen Magendarmbeschwerden gekommen und dann die Blutung, die auf Reizung der Blase beruhte. Mit dem Aufhören des Hefeessens verschwand das ganze Leiden wieder. Der Fall zeigt also, dass Hefe auch auf die Harnblase unangenehm einwirken kann.

(Monatsschrift f. Harnkrankheiten u. sexuelle Hygiene 1906 Nr. 6).

**Bronchitis.** In einem klinischen Vortrage: **Ueber Expectorantien** giebt Prof. Dr. H. Eichhorst (Zürich) die Erfahrungen wieder, die er mit der arzneilichen Bekämpfung von Husten und Auswurf in der Praxis gemacht hat. Autor fasst den Begriff „Expectorantien“ weit und belegt alle Mittel mit diesem Namen, deren wir uns bedienen, wenn es sich darum handelt, einen Kranken von seinem Husten und Auswurf zu befreien. Er rechnet also vor allem dazu auch die *Narcotica*, die man oft garnicht entbehren kann, namentlich da, wo es sich fast ausschliesslich um Hustenreiz handelt, der objective Befund aber recht gering ist. Autor wählt dann mit Vorliebe das *Codein. phosphoric.* und zwar zusammen mit Bittermandelwasser, ein sehr wirksames Beruhigungsmittel bei Hustenreiz:

Rp. Codein. phosphoric. 0,3  
 Aq. Amygd. amar. 10,0  
 M. D. S. Bei Hustenreiz  
 10 Tropfen zu nehmen,  
 bis 3mal am Tage.

Ist dabei auch der Magen nicht in Ordnung, Verdauungsbeschwerden vorhanden, so ordinirt er:

Rp. Sol. Acid. phosphoric. dilut. 5,0 : 180,0  
 Codein. phosphoric. 0,3  
 Syr. Rub. Id. 20,0  
 M. D. S. 3mal täglich 15 ccm.

Von Opium und Chloralhydrat macht Autor nie Gebrauch, Dower'sche Pulver und Belladonnapräparate hält er für wenig wirksam gegen Hustenreiz, Dionin und Heroin nicht für wirksamer, als seine Ordination. Auch dann, wenn in den Luftwegen Ansammlungen von Secret nachzuweisen sind, bringt ein Narcoticum dem Pat. sehr häufig Vorthail, indem es nicht nur den Hustenreiz bekämpft, sondern auch in mehr mittelbarer Weise die Secretbildung herabsetzt. Heftige Hustenstösse unterhalten zweifellos Entzündungen der Schleimhäute der luftführenden Wege, ja steigern sie womöglich noch; hört der Husten auf und fällt die mechanische Reizung nach Anwendung eines Narcoticums fort, so sind die Wege für eine Ausheilung der Entzündung und damit auch für eine krankhaft gesteigerte Secretbildung aufs günstigste angebahnt. Also es gehören zu den Expectorantien auch in gewissem Sinne die Narcotica. Freilich wenn die Luftwege stark mit Secret überfüllt sind, wenn schon beträchtlichere Cyanose vorhanden, dann sind Narcotica contraindicirt, da hier eine Herabsetzung des Hustenreizes gefährlich werden könnte. Die Expectorantien im engeren Sinne thut man auch heute noch gut, in *lösende* und *kratzende* einzutheilen, in solche, welche zähes Secret lösen und solche, die bereits gelöstes durch Anregung lebhafter Hustenstösse herausbefördern helfen. Handelt es sich also um Beseitigung zähen Secrets, dann ist die *Mixtura solvens* am Platze oder *Jodkalium* (dieses besonders bei asthmatischen Kranken), das Autor gern mit *Radix Ipecac.* verbindet, damit letzteres durch Anreizung zum Husten das Auswerfen des durch Jodkali gelockerten Bronchialsecretres befördere:

Rp. Inf. rad. Ipecac. 0,5 : 180,0  
 Kal. jodat. 3,0  
 Syr. simpl. 20,0  
 M. D. S. 2stündlich 15 ccm.

Von den „kratzenden“ Expectorantien ist das mildeste die *Radix Ipecac.* Die *Radix Senegae* und der *Liquor Ammon. anis.* stellen an den Magen schon etwas grössere Ansprüche und sollten bei Pat. mit empfindlichem Magen gar nicht oder nur mit Vorsicht angewandt werden. *Acid. benzoic.*

ist da indicirt, wo der Pat. excitirt werden soll; man giebt es da zweckmässig mit Kampfer zusammen:

Rp. Acid. benzoic. 0,3  
 Camphor. 0,05  
 Sacch. 0,2  
 D. tal. dos. No. X  
 S. 2stündl. 1 Pulver.

Eine *Verbindung von kratzenden Expectorantien mit Narcoticis* ist gar kein Unding, sondern durchaus angebracht, wenn der Hustenreiz ein sehr lebhafter ist und eine eigentliche Ueberfüllung der Luftwege mit Secret nicht besteht. Recht wirksam ist da z. B.:

Rp. Inf. rad. Ipecac. 0,5 : 180,0  
 Aq. amygd. amar. 5,0  
 Codein. phosphoric. 0,2  
 Syr. simpl. 15,0  
 M. D. S. 2stündl. 15 ccm.

Zu den Expectorantien sind endlich auch noch die *Balsamica* und *Desinficientien* zu zählen; denn es giebt eine ganze Reihe von entzündlichen Veränderungen in den Luftwegen, die gar keinem anderen als einem dieser beiden Mittel weichen wollen. Balsamica eignen sich allerdings nicht für acute Fälle, sie sind am Platze bei chronischen Bronchialkatarrhen mit reichlicher eitriger Secretion und bei putriden Vorgängen in den Luftwegen. In beiden Fällen beschränken sie die Secretion, verhindern vielfach im ersteren Falle eine foetide Zersetzung des Eiters und bringen im letzteren Falle die faulige Zersetzung zum Schwinden. Autor ordinirt am liebsten *Ol. Terebinthin.* (dreimal täglich 20 Tropfen in Milch). Gegen putride B. und Lungenbrand hat sich bei einer grösseren Zahl von Kranken ferner *Myrtol* bewährt (zweistündlich eine Gelatinekapsel zu 0,15 g). Desinficientien verordnet man gewöhnlich nur bei foetiden Veränderungen in den Luftwegen und bei Tuberculose. Es ist dies nicht richtig, denn Autor hat mehrfach acute Entzündungen der Luftwege so ungewöhnlich schnell nach dem Gebrauch von Desinficientien heilen sehen, dass an einer heilsamen Wirkung der Mittel kaum gezweifelt werden konnte. Es gilt dies namentlich für die Herbst- und Frühjahrskatarrhe der Bronchien, wie sie so häufig epidemisch auftreten und vielfach unrichtig als Influenza bezeichnet werden. Für die Behandlung der Lungentuberculose sind eine ganze Reihe von Des-

indeficientien empfohlen worden. Autor hält noch am meisten vom *Kreosot* in Form der Sommerbrodt'schen Kapseln und vom *Benzosol*, das noch besser vertragen wird:

Rp. Benzosol. 0,5

Elaeosach. Menth. pip. 0,3

D. tal. dos. No. X.

S. 3 mal täglich 1 Pulver.

Grosse Erfolge sind mit beiden bei Phthise nicht zu erzielen! Bei foetiden Erkrankungen in den Luftwegen sind Desindeficientien weit weniger wirksam als *Balsamica*. Immerhin hat es Autor doch hie und da erlebt, dass *Balsamica* trotz längeren Gebrauches wohl Besserung, aber keine vollständige Heilung erzielen, dass er diese aber doch schliesslich erreichte, wenn er Desindeficientien auf *Balsamica* folgen liess, wozu er sich wieder fast ausschliesslich des Benzosol oder Kreosot bediente.

(Deutsche med. Wochenschrift 1906 No. 17.)

— **Pyrenol** wandte Dr. Naegeli-Akerblom (Genf) in folgendem Falle an: 70jähriger Asthmatiker, der seit sechs Monaten an B. mit quälendem Husten litt. Badecuren, Jodkali, Codein, Morphinum ohne Erfolg, nur Dower'sche Pulver wirkten erleichternd auf den namentlich Nachts intensiven Husten. Nunmehr Pyrenol. Schon am zweiten Tage ausgezeichnete Schlaf, der Husten wich völlig und blieb fern, wobei Pat. von Zeit zu Zeit Abends einen Esslöffel einer 4%igen Pyrenolmixtur nahm.

(Therap. Monatshefte, Juni 1906.)

**Hemicranie.** In einem klinischen Vortrage „**Ueber die Migräne**“ setzt Prof. Dr. E. Mendel (Berlin) auch die Therapie, die er einzuschlagen pflegt, auseinander. Es sei von diesen Angaben folgendes erwähnt: Sorgfältige Regulierung der Diät ist eine der wichtigsten Aufgaben der Therapie. Dabei wieder Verbot der Alcoholica und des Rauchens. Fleisch soll nur einmal am Tage (Mittags) genossen werden, während Milch, Obst in den verschiedensten Formen und Gemüse die Hauptsache der Kost zu bilden haben; als Getränke empfiehlt Autor Biliner, Giesshübler, Fachinger etc. Von Medicamenten verordnet er mit Nutzen:

Rp. Natr. brom. 2,5

Natr. salicyl. 0,25

Aconitin (Gehe) 0,0001

D. tal. dos. No. X.

Daran lässt er 20 Tage hintereinander jeden Morgen nach dem Frühstück ein Pulver in einer grossen Tasse Baldrian- oder Orangenblüthentheee nehmen, dann zehn Tage aussetzen, dann wiederholen u. s. f. In Fällen, in welchen schlechter Schlaf besteht oder die Anfälle schon beim Aufwachen früh in voller Heftigkeit da sind, lässt er die Pulver Abends beim Zubettgehen nehmen. Mit wenigen Ausnahmen gelingt es, bei gleichzeitiger Einhaltung der erwähnten Diaet, durch diese Medication die Anfälle seltener oder wenigstens minder heftig zu machen.

(Deutsche med. Wochenschrift 1906 No. 20.)

### **Insectenstiche. Behandlung der Mückenstiche mit Hyper-**

**aemie** empfiehlt Dr. P. Loele (Winzig). Bringt man das brennende Ende einer Cigarre so nahe an die Stichstelle heran, als man den Hitzeschmerz eben ertragen kann, und erträgt ihn 30—40 Secunden, so ist der Schmerz dauernd verschwunden. Wirksam ist diese Methode nicht nur bei frischen L., sondern auch bei älteren. Dass es sich hierbei nicht um eine spezifische Wirkung der Cigarre, sondern einfach um die Hyperaemie handelt, geht daraus hervor, dass man mit einem brennenden Streichholz, einem Brennglas, einer glühenden Kohle u. dgl. ebenfalls Erfolg erzielt.

(Medico 1906 No. 14.)

### **Intoxicationen. Ein Fall von acuter Phosphorvergiftung**

**mit Hirnhaemorrhagie** wird von Dr. H. Rotky (Medic. Univers.-Klinik Prag) publicirt. Der Exitus trat am vierten Tage nach der Gifteinnahme ein.

(Prager med. Wochenschrift 1906 No. 17.)

- Einen **Fall von artificieller, acuter Nephritis nach Gebrauch von Pernbalsam** beschreibt Dr. Ad. Richarz (St. Petrus-Krankenhaus in Barmen). Am 5. September wurde bei einem 16jährigen Mädchen wegen ausgedehnter Scabies mit secundärem Ekzem von anderer Seite eine Cur mit 10%iger Pernbalsamsalbe eingeleitet. Wie viel Einreibungen gemacht wurden, liess sich nicht ermitteln, wahrscheinlich jedoch nur drei, und zwar an einem Tage (Schnelleur). Bald darauf Symptome einer schweren Nephritis. Am 19. September heftigste Kopfschmerzen und Erbrechen, am Abend desselben Tage Coma und am anderen Morgen Exitus. Für die Möglichkeit, dass schon vor der Krätze-cur eine Nephritis bestand, fand sich weder anamnestic noch anatomisch irgend ein Anhaltspunkt, ebensowenig

kam ein anderes aetiologisches Moment für die Nephritis in Frage, dem Perubalsam allein war die Schuld beizumessen. Der Fall mahnt dringend, den Perubalsam, der meist als unschuldiges Mittel angesehen wird, nur mit Vorsicht zu benützen. Er wird jetzt viel in der Wundbehandlung angewandt und auch Autor sah davon, besonders bei *Ulcera cruris*, sehr schöne Erfolge. Er verordnet hier:

Rp. Balsam. peruv. 5,0  
Arg. nitr. 0,3  
Ung. simpl. 45,0.

In dieser Form ist bei kleinen Wundflächen eine Intoxication wohl kaum zu befürchten. Nicht unbedenklich erscheint es dagegen, grössere Wunden mit reinem Perubalsam zu behandeln.

(Münchener med. Wochenschrift 1906 No. 19.)

— **Zur Kenntniss der Migraeninvergiftung** veröffentlicht Dr. E.

Levin (Berlin) folgenden Fall: Eine sonst gesunde und kräftige Dame nahm gegen Kopfschmerzen 1 g Migraenin. Die Kopfschmerzen schwanden bald, aber es traten dafür Schwellungen und Schmerzen im Munde und Ausschlag im Gesicht auf, welche die Pat. arg belästigten. Autor fand sie am nächsten Tage in äusserst kläglichem Zustande, unfähig, etwas anderes als ganz geringe Mengen Flüssigkeit zu sich zu nehmen. Zunge und weicher Gaumen stark geschwollen, an der Unterfläche der ersteren linkerseits eine Gruppe von fünf über stechnadelkopfgrossen Bläschen mit trübem Inhalt. Die gleichfalls geschwollene Unterlippe wies an der Schleimhaut zwei längliche Erosionen mit polycyclischen Rändern auf, die anscheinend aus confluirten und geplatzten Bläschen hervorgegangen waren, während sich an der äusseren Haut in der Umgebung des Lippenrothes mehrfache miliare rothe Knötchen fanden. Reichliche Salivation, kein Fieber, keine Drüenschwellungen. Therapie: Regelung der Diät, Abführmittel, Spülungen mit Wasserstoffsuperoxyd. Im Verlauf der nächsten 24 Stunden keine Veränderung des Allgemeinzustandes; die Bläschen an der Zunge waren confluirte und geplatzt und bildeten jetzt eine Erosion mit schmierigem Belage, an den Zungenrändern und der Wangenschleimhaut mehrere frische Bläschen und Erosionen. Therapie: Pinselungen mit Chromsäure (5%). Dieselben führten



ausserordentlich rasch zur Ueberhäutung der Erosionen, womit auch die Schwellungen schwanden. Vier Tage nach Beginn der Erkrankung völliges Wohlbefinden.

(Berliner klin. Wochenschrift 1906 No. 23.)

— **Ueber eine Benzinvergiftung** berichtet Dr. E. Bürgi (Bern).

Er wurde in ein nahes Automobilmagazin gerufen, wo ein Arbeiter plötzlich ohnmächtig geworden sei. Er fand den Pat. vollständig bewusstlos. Puls 96, gross, gespannt, Respiration stertorös, unregelmässig, zehn Athemzüge in der Minute, Gesicht und Hände leicht cyanotisch, kühl, starkes Muskelzittern, Pupillen stark erweitert, kaum reagierend, Expirationsluft intensiv nach Benzin riechend. Pat. wurde in ein gut gelüftetes Zimmer gebracht und erholte sich im erwärmten Bette nach einer halben Stunde soweit, dass er zu reagiren anfang und etwas heissen Kaffee geniessen konnte. Er erwachte aber erst ganz nach einigen Stunden und erholte sich dann ziemlich rasch. Er hatte im vollständig geschlossenen Raume ein leerlaufendes Automobil gereinigt und hatte auch nicht aufgehört, obwohl es im Raume stark nach Benzin roch und er schwindlig zu werden begann. — In einem anderen Automobilmagazin kam später ein ähnlicher Fall vor. Ein Bursche reinigte einen grossen Behälter, in den das verschüttete Benzin abfloss und wurde nach kurzer Zeit bewusstlos herausgezogen, worauf er sich ohne ärztliche Hilfe wieder erholte. Diese Fälle zeigen wieder, wie vorsichtig man mit Benzin umgehen muss.

(Correspondenzblatt für Schweizer Aerzte 1906 Nr. 11.)

— Eine **Gelseminintoxication** hat Dr. Naegeli-Akerblom (Genf) bei sich selbst erlebt. Seit 15 Jahren wendet er mit Erfolg bei Trigeminusneuralgie infolge von Caries dentium, bei Dentitio difficilis der Kinder die Tinct. Rad. Gelsimii sempervirent., und zwar bei Erwachsenen dreimal täglich 20 Tropfen, bei Kindern unter einem Jahr 1—4, ein bis zwei Jahren 6—8 Tropfen pro die in Mixtur oder Milch an, ohne je unangenehme Nebenwirkungen zu sehen. Autor überschritt nun, Nachts von Zahnschmerzen geplagt, die einmalige Maximaldosis von 20 Tropfen und nahm auf einmal 35. Folgen: Verschwinden der Neuralgie, Schlaf, aber morgens Schwächegefühl, Diplopie, Skotome, Herzklopfen, Appetitlosigkeit, Speichelfluss, Diarrhoe. Nach Opium und Rothwein Verschwinden der Symptome innerhalb zweier Tage.

(Therap. Monatshefte, Juni 1906.)

### **Rheumatismen. Ueber acuten Gelenkrheumatismus,**

**Chorea und Endocarditis der Kinder** lässt sich Dr. Kephallinós (Korfu) aus auf Grund 129 in der Grazer Univers. - Kinderklinik beobachteter Fälle. Im ersten Lebensjahr ist die Polyarthrits acuta sehr selten. Sie wurde bei einem zehnmonatlichen Säugling beobachtet, bei dem unter hohem, intermittirendem Fieber zwei Gelenke ausgesprochene acute entzündliche Erscheinungen boten, bei dem jedoch der weitere Verlauf eine Pneumococcensepsis ergab; das Kind starb an Pneumonie. Die übrigen Fälle vertheilten sich ziemlich gleichmässig auf das 5. bis 15. Lebensjahr. Bemerkenswerth war das fast vollständige Freibleiben des zweiten und dritten Lebensjahres, einer Lebensperiode, die doch mit starkem Wachsthum einhergeht. Das Vorkommen der Krankheit vertheilte sich auf beide Geschlechter ziemlich gleichmässig. Was die hereditären und familiären Verhältnisse betrifft, so hatten Vater und Mutter oder beide Eltern Rh. überstanden in 22 von 69 Fällen, Geschwister litten oder hatten an Gelenkrheumatismus gelitten in 8 weiteren von den 69 Fällen; mehrfache Erkrankungsfälle von Polyarthrits acuta in den Familien der Pat. kamen in fünf Fällen vor. In Summa liess sich bei ca. 50 % das familiäre Vorkommen des Leidens erkennen. 23 % der Pat. stammten von tuberculösen Eltern ab. Das erstmalige Auftreten der Affection fiel durchaus nicht ausschliesslich, ja kaum vorwiegend, in die Wintermonate, vielmehr war die Vertheilung nach Monaten fast eine gleichmässige. Die meisten Fälle verliefen entschieden leichter als bei Erwachsenen. Gerade bei den jüngeren Kindern waren die Localerscheinungen an den Gelenken keine besonders schweren und die gesammte Krankheitsdauer eine kurze, im Durchschnitt ein fünfägige. Bei manchen der älteren Kinder freilich trat ein intermittirender und protrahirter Verlauf in die Erscheinung, wobei sich die Wirksamkeit der Salicyltherapie successive von Anfall zu Anfall zu vermindern schien. Von den 22 uncomplicirten Fällen starb nur einer, bei dem sich eine chronische deformirende Arthritis und endlich eine mächtige universelle Amyloidose anschloss. Sieben von diesen Kindern kehrten später mit Nachschüben der Erkrankung wieder und zeigten sich mehr weniger invalid. In 70 % der Fälle folgte Betheiligung des Endocards nach; während von den 63 Knaben nur 28 an Endocarditis erkrankten, wurden von den 66 Mädchen 63 von Endocarditis befallen.

Ein ähnliches, wenn auch nicht so auffälliges Verhalten zeigte das Vorkommen der Chorea im Gefolge von Polyarthritiden, indem kaum 5 % der Knaben und mehr als 20 % der Mädchen jenes Leiden bekamen. Es scheint demnach des Endocard bei Mädchen eine weit höhere Disposition resp. geringere Widerstandskraft gegenüber dem Gifte des Gelenkrheumatismus zu haben, als bei Knaben, und dasselbe ist offenbar bei dem Gebiet des nervösen Centralorgans der Fall. Der Verlauf der Endocarditis konnte in 43 Fällen verfolgt werden, wobei sich achtmal eine Restitutio des Herzens ad integrum nach Monaten oder Jahren feststellen liess, während in allen anderen Fällen organische Herzklappenfehler mit nachfolgenden Myocardprocessen entstanden.

(Wiener klin. Wochenschrift 1906 No. 19.)

- Ueber **Salimenthol** macht Dr. K. Reicher (Vol.-Ass. bei Prof. Dr. A. Schmidt) Mittheilung. Es ist den Chemikern Dr. Scheuble und Dr. Bibus in Wien gelungen, den Salicylsäureester des Menthols darzustellen, eine hellgelbe, fast geschmacklose, unangenehm riechende Flüssigkeit, die aus annähernd gleichen Theilen Salicylsäure und Menthol besteht und innerlich in Kapseln (à 0,25), äusserlich in Form einer 25%igen Salbe („*Samol*“) angewendet wird. Autor versuchte das Mittel in 15 Fällen. So extern und intern bei *acutem und chron. Gelenk- und Muskelrheumatismus*. Hier linderte es meist die Schmerzen erheblich und brachte die Schwellungen weg. Es machte nie Exantheme, ja es blieben sogar bei externer Anwendung in je einem Falle von Purpura rheumatica und Urticaria rheumatica gerade die mit der Salbe bestrichenen Stellen selbst bei wiederholten Eruptionen auffallenderweise ganz frei von Exanthem. Intern wurde das Mittel sehr gut tolerirt. Ein hochgradiger *Meteorismus*, der längere Zeit jeglicher Medication trotzte, schwand nach einigen Tagen innerlicher Salimentholdarreichung vollständig; es wurden offenbar durch das Mittel die abnormen Gährungen prompt beseitigt. Intern gibt man täglich 3—6 Kapseln. In zwei Fällen von lebhaftem *Zahnschmerz* in Folge von Caries konnte Autor durch Einlegen von Watte, die mit dem Inhalte einer Kapsel à 0,25 g getränkt wurde, den Schmerz beseitigen. Präparat erhältlich bei Dr. Bibus, Wien I, Schottenring 14.

(Therap. Monatshefte, Juni 1906.)

## **Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett.** Einen

**Beitrag zur Casuistik der nervösen Erkrankungen im Wochenbett** liefert H. Füh (Univers.-Frauenklinik Leipzig). 23jähr. Erstgebärende kam am 12. Sept. 1905 zur richtigen Zeit mit einem gut entwickelten Mädchen nieder, d. h. sie wurde mitten in der Stube plötzlich von heftigsten Wehen befallen, sodass sie gar nicht mehr ins Bett gehen konnte, sondern das Kind zu Boden fallen liess. Während der Schwangerschaft hatte die Frau in der letzten Zeit nur Kriebeln in den Füßen verspürt, sonst hatte sie sich wohl gefühlt. Auch im Wochenbette merkte sie während der ersten beiden Tage nichts Besonderes. Am dritten Tage Schmerzen in den Zehen und Füßen und weiter aufwärts, die im weiteren Verlaufe sehr an Intensität zunahmen. Pat. vermochte auch die Füße nicht im mindesten zu bewegen. Dieser Zustand erreichte seinen Höhepunkt etwa am achten Tage, wo Autor die Pat. sah. Temperatur und Puls normal, Betastung des Abdomens ergibt nicht das Mindeste. Die unteren, in ihrer Form ganz unveränderten Extremitäten, liegen lang ausgestreckt, dicht nebeneinander, ganz steif, und es ist der Frau nur möglich, die Zehen ganz wenig zu bewegen. Jegliches Anfassen ausserordentlich schmerzhaft; nicht möglich, die Beine etwa in den Knien zu beugen oder sonstige Bewegungen auszuführen. Ebenso vaginale Exploration unmöglich, da ein Spreizen der Beine weder activ noch passiv ausgeführt werden kann. Sensibilität der Haut allenthalben stark erhöht. Stuhlgang nur durch Klystiere zu erzielen, Urinlassen ausserordentlich erschwert. Verordnung: Umschläge, Antipyrin. Nach einer Woche Besserung; diese schritt allmählich weiter fort, und schliesslich trat wieder vollständige Gehfähigkeit ein. Bei einer späteren Nachuntersuchung durch einen Nervenarzt ergab sich: Rohe Kraft der unteren Extremitäten vollkommen erhalten, Reflexe und Sensibilität normal, Druckpunkte nicht vorhanden, Stigmata nicht nachzuweisen; zu constatieren eine Reihe neurasthenisch-hysterischer Beschwerden (Gedächtnisschwäche, leichte Ermüdbarkeit, grosse Neigung zu Thränen). — Was hatte vorgelegen? Zunächst hatte Autor an puerperale Neuritis gedacht (Hyperalgesie, Spontanschmerzen, Contracturen!) Hösslin unterscheidet:

- 1) Eine puerperale Neuritis nach Exsudat, Phlebitis, Phlegmasia alba dolens, die sogen. Neuritis per contiguitatem aut propagationem. Diese war hier



ausgeschlossen. Pat. hatte nie Fieber und Pulsbeschleunigung, keine Schmerzhaftigkeit im kleinen Becken, keine Schwellung der Beine. An eine Paraplegie nach Geburtsblutungen ist auch nicht zu denken, die Blutung war hier gering.

- 2) Postinfectiöse Neuritis auf Grund allgemeiner septischer Prozesse lag ebenfalls nicht vor.
- 3) Die toxische Graviditäts- und Puerperalneuritis befällt meist nur ein Nervengebiet (N. ulnaris und N. medianus) und hat constant atrophisch degenerative Lähmungen zur Folge. Auch das war hier auszuschliessen.
- 4) Die traumatische Neuritis puerperalis tritt nach instrumentellen Geburten oder nach Geburten bei engem Becken auf, aber auch nach gewöhnlichen und vor allem nach präcipitirten Geburten, wo Paralyse einer oder beider Beine neben Parästhesien und Schmerzen beobachtet wurde. Es handelt sich aber da oft um hysterische Zustände. Nun waren ja im obigen Falle Stigmata nicht nachweisbar, die Anamnese ergab keine psychische Belastung. Aber der Verlauf war so auffallend, dass Autor der Diagnose *Hysterie* zuneigt und auch die multiple Sklerose ausschliesst. Hösslin meint zwar, in hohem Grade müsse es unseren Verdacht auf multiple Sklerose lenken, wenn wir eine spastische Paraplegie ohne starke Sensibilitätsstörungen, ohne Blasen-Mastdarmlähmung, sich während der Gravidität oder im Anschluss an die Entbindung entwickeln sehen. Aber es ist bisher noch nicht beobachtet, dass eine spastische Paraplegie auf organischer Grundlage in kurzer Zeit vollständig zurückgegangen ist, wie in obigem Falle.

(Centralblatt f. Gynaekologie 1906 No. 31.)

- **Ueber die Wendung bei Placenta praevia** lässt sich Dr. R. Jolly (Kgl. Univers.-Frauenklinik Berlin) aus. Die Wendung bleibt doch bei Placenta praevia das souveräne Mittel. Die Technik der Wendung bei Placenta praevia ist aber keineswegs immer leicht, da der Cervicalcanal erst einen oder zwei Finger passieren lässt, wenn die Operation ausgeführt werden muss. Hier liegen die Verhältnisse in der Klinik insofern günstiger, als man bei engem Cervicalcanal und geringer Blutung warten kann, bis Wehen den Muttermund etwas erweitert haben. In

der Poliklinik und wohl auch in der Privatpraxis ist ein längeres Zuwarten oft unmöglich. Abgesehen von äusseren Umständen ist die Infectionsgefahr nicht zu unterschätzen; sie allein stellt unter ungünstiger Umgebung eine gewichtige Indication zum baldigen Eingreifen dar. So kommt es, dass man in der poliklinischen Praxis unter Umständen gezwungen ist, bei einer Placenta praevia zu wenden und damit die Geburt zu beschleunigen, wenn der Cervicalcanal erst für einen, höchstens zwei Finger durchgängig ist. Hierfür möchte Autor eine Methode empfehlen, welche sich ihm immer als zweckmässig und als Erleichterung erwiesen hat, wenn die Wendung bei nicht erweitertem Muttermund, wie bei Placenta praevia, erforderlich wurde. Hier kann eben nicht die volle Hand in den Uterus eingeführt werden, sondern man muss mit einem oder zwei Fingern den Fuss herunterholen. Die Schwierigkeit der Operation liegt hier nicht in der Umdrehung der Frucht, sondern gerade in dem Ergreifen und Herunterholen des Fusses. Versucht man dieses, solange die Eihöhle noch mit Fruchtwasser angefüllt ist, so wird der Fuss immer wieder ausgleiten, da die Frucht sehr beweglich und auch durch äussere Handgriffe schlecht zu fixiren ist. Hat man dagegen vor der Wendung das Fruchtwasser ablaufen lassen, so entgleitet der einmal gefasste Fuss nicht mehr so leicht und kann gerade durch äussere Handgriffe fixirt und der inneren Hand und dem Muttermund entgegengedrückt werden. Man soll also nach Blasensprengung zunächst möglichst viel Fruchtwasser ablaufen lassen und dann erst den Fuss zur Wendung herunterholen. Dabei darf man nicht erschrecken, wenn beim Blasensprengen ein grosser Schwall Blutes hervorzuschiessen scheint; es handelt sich um das durch geringe Blutbeimengungen dunkel gefärbte Fruchtwasser. Wie man dann den Fuss durch den Muttermund leiten soll, das hängt von der Weite desselben ab. Ist er weit genug, so zieht man den Fuss mit vorangehender Ferse durch, indem der Zeigefinger hakenförmig über dem Fussgelenk liegt. Andernfalls schiebt man ihn in Spitzfussstellung allmählich hindurch, wobei man eventuell eine Kugelzange, welche nicht ganz geschlossen wird, oder ein anderes geeignetes Instrument zu Hülfe nehmen kann. Eines aber erleichtert die Operation wesentlich, das ist die Einführung der ganzen Hand in die Scheide. Man kommt dann mit dem oder den Fingern viel höher in den Uterus hinauf und gelangt leichter zu den Füssen.



Die Methode, das Fruchtwasser vor der Wendung abfliessen zu lassen, bietet noch einen weiteren, sehr wesentlichen Vortheil. Die Prognose für das Kind ist namentlich auch davon abhängig, in welcher Zeit die Geburt nach der Wendung beendet werden kann. Wird das Kind schon wenige Stunden nach der Wendung spontan bis zum Nabel geboren und setzt nun eine geeignete Entwicklung ein, so ist die Prognose günstig. Verstreichen aber viele Stunden bis zur völligen Austreibung, wird die Entwicklung von ungeübter Hand vorgenommen, so geht das Kind an Erstickung zu Grunde. Da man nun bei nicht erweitertem Muttermund ein Kind nicht extrahiren darf ohne Gefahr grosser Cervixrisse und starker Blutungen, und da andererseits gerade in der raschen Austossung des Kindes nach der Wendung die Rettung liegt, so kommt es vor allem darauf an, dass eine gute Wehenthätigkeit in kurzer Zeit den Cervicalcanal erweitert. Eine solche wird aber hervorgerufen durch rasche Verkleinerung des Uterusinhaltes, das heisst also durch Ablassen des Fruchtwassers vor dem Herunterholen des Fusses und der Wendung. Unterlässt man dieses, so tamponirt der heruntergeholte Schenkel den Cervicalcanal, und das Fruchtwasser kann gar nicht oder doch nur sehr langsam abfliessen. Je mehr Fruchtwasser man ablaufen lässt, um so besser ist der Erfolg; man darf sich nicht mit einer geringen Menge begnügen, sondern muss eventuell den vorliegenden Theil zurückschieben, damit die Passage für den Fruchtwasserstrom ganz frei wird. Erleichterung der Wendung und Beschleunigung des Geburtsverlaufes werden die Folge sein.

(Münchener med. Wochenschrift 1906 Nr. 25.)

- **Ueber den Werth der Heisswasseralkoholdesinfection für die Geburtshilfe** giebt Prof. Dr. O. v. Herff (Basel) ein sehr günstiges Urtheil ab. Er berichtet über 5000 Geburten, die unter ausschliesslicher Händedesinfection mit Heisswasseralkohol nach Ahlfeld bei sorgfältigster Reinigung der äusseren Theile mit Heisswassersublimat nach Kürzung der Schamhaare, vor Operationen hingegen, sobald narkotisirt wird, nach Rasiren der Scham unter Reinigung mit Alkohol, geleitet wurden. Kindbettfiebererkrankungen kamen nur 8,2 % vor, die Sterblichkeit an Kindbettfieber betrug 0,09%, die Anstaltssterblichkeit an Kindbettfieber 0 %. Da muss man wohl zugeben, dass die Heisswasseralkoholdesinfection gleichwerthig der Für-

bringer'schen Methode ist! Dieser ist sie aber dadurch überlegen, dass sie einfacher ist, weil sie nur zwei Waschungen von je 5 Minuten vorschreibt. Autor empfiehlt daher die Ahlfeld'sche Methode, die im Frauenhospital Basel so vorzügliche Resultate ergeben hat, weiteren Kreisen aufs Wärmste.

(Münchener med. Wochenschrift 1906 Nr. 30.)

### **Seekrankheit.** In einem Artikel **Zur Behandlung der S.**

beschreibt der Maler P. Kappmeier (Altkloster) seine *Neptuns-kappe* wie folgt:

„Ein Filzbelag, der sich bequem um Stirn und Schläfen legen lässt, wird mittels einer Lederkappe und einer feststellbaren Spannvorrichtung so fest um den Schädel gelegt, dass dazwischen gerade noch die Circulation möglich ist. Die Filzkompressen werden vor der Benutzung in Wasser getaucht und dann auf dem Kopfe durch elektrische Beheizungskörper andauernd heiss erhalten. Letztere, die gleichfalls mit der die ganze Kappe fixirenden Spannvorrichtung verbunden sind, werden von der am Bord befindlichen elektrischen Stromanlage gespeist. Mit dieser Kopfkompresse wird die Beseitigung der Hirnanämie, der Ursache der Seekrankheit, ebenso sicher wie einfach erzielt. Sie hat den Vortheil, dass sich der Patient während der Anwendung vollkommen ruhig verhalten kann, da ein Wechsel der „Neptunkappe“ nicht nöthig ist. Diese ist mit aseptischer Einlage versehen, sodass einer allgemeinen Benutzung nichts im Wege steht; auch ist sie so kompensiös construirt, dass jeder seine eigene Kappe mit sich führen kann. Meine Beobachtungen haben mir stets günstige Resultate ergeben, und wird es nur eine kurze Zeitfrage sein, den Apparat in umfangreichstem Gebrauch zu sehen.“ Angefertigt wird der Apparat von der Firma *Reiniger, Gebbert u. Schall* in Erlangen.

(Deutsche med. Wochenschrift 1906 No. 11.)

### **Stomatitis.** Eine **recidivirende St. aphthosa** fand Dr.

F. Schilling (Leipzig) nicht selten bei Erwachsenen. Die Affection, die gern recidivirt, verläuft ohne Fieber, schmerzt aber zu Beginn heftig; gerade an der Unterfläche der Zungenspitze, wo der Sitz häufig ist, macht sich das Leiden in recht störender Weise geltend. Es tritt bei Leuten auf, bei denen ein künstliches Gebiss auf kranken Zahnstümpfen ruht. Periodontitis und Lockerung des Zahnfleisches mit secundärer Eiterung bilden die Ursachen

für die Anhäufung von Pilzen, Kokken, Stäbchen und Spirochaeten, die sich an Läsionen der Mucosa ansiedeln. Diese werden durch eine cariöse Zahnecke, einen scharfen Rand des Gebisses u. dgl. hervorgerufen. Will man die St. verhüten, so muss man bei Zahncaries gründliche Mundsäuberungen vornehmen (3%ige Wassersuperoxyd-lösung) und das Gebiss bei Nacht in antiseptischen Flüssigkeiten (4% Formaldehyd oder 5% Chinosol) aufbewahren.

(Centralblatt f. innere Medicin 1906 No. 20.)

**Tuberculose.** Die Beziehungen der menschlichen T. zu der Perlsucht des Rindes suchte Lydia Rabinowitsch (Berlin, Patholog. Institut) zu erforschen und gelangt auf Grund ihrer Untersuchungen und Betrachtungen zu folgenden Schlussätzen:

1. Die Infectionsmöglichkeit des Menschen durch die Perlsucht des Rindes ist erwiesen; die Grösse dieser Gefahr vermögen wir zur Zeit nicht abzuschätzen.
2. Die Bekämpfung der Rindertuberculose ist dringend geboten nicht allein im Interesse der Landwirtschaft, sondern auch wegen der dem Menschen durch die Perlsucht des Rindes drohenden Infectionsgefahr.
3. Bei der Bekämpfung der Tuberculose als Volkskrankheit ist in erster Reihe die generalisirte Tuberculose und vor allem die Lungenschwindsucht zu berücksichtigen. Mithin kommen bei der Tuberculosebekämpfung vornehmlich die vom Menschen ausgehenden Tubercelbacillen in Betracht, gleichviel, ob die ursprüngliche Infection durch menschliche oder Perlsuchtbacillen bedingt ist.

(Berliner klin. Wochenschrift 1906 No. 24.)

— **Ueber Hyperaemiebehandlung der Lungentuberculose** hat Prof. H. Leo (Medic. Poliklinik Bonn) Versuche angestellt. Dieselben sind noch nicht abgeschlossen, und gelangt Autor vorläufig zu folgenden Schlüssen:

1. Das Bestreben, die Lungentuberculose durch künstliche Erzeugung einer Lungenhyperaemie zu bekämpfen, ist in bester Weise rationell begründet.
2. Als hyperaemisirendes Mittel kommt nur die Stauungshyperaemie in Betracht.
3. Wir erreichen dieselbe am einfachsten durch eine Liegekur mit Tieflagerung des Brustkorbes bei mässiger Hochlagerung des Kopfes und beträchtlicher Hochlagerung der Beine. Die Behandlung ist unter

allmählicher Steigerung der täglichen Dauer möglichst consequent durchzuführen. Auch des Nachts soll der Oberkörper nicht erhöht, sondern tief gelagert sein.

4. Absolut contraindicirt ist die Anwendung der Methode bei Neigung zu Blutungen.
5. Ob auch sonstige Massnahmen, spez. die Bier'schen Saugapparate, therapeutische Verwertung finden werden, muss durch weitere Beobachtungen festgestellt werden. Das gleiche gilt für die von mir in Aussicht genommene Combination der Hyperaemiebehandlung mit Tuberculin.

(Berliner klin. Wochenschrift 1906 No. 27.)

— **Einige Bemerkungen über die Therapie der Scrophulose** macht B. Salge (Dresden). Autor hält zunächst daran fest, dass jedes scrophulöse Kind als mit Tuberkelbacillen inficirt angesehen werden muss. Dabei ist es aber durchaus nicht nothwendig, dass klinisch oder auch anatomisch manifeste tuberculöse Veränderungen nachweisbar sind. Es steht ferner fest, dass Kinder, die an scrophulösen Katarrhen etc. leiden oder gelitten haben, später sehr häufig an manifester T. erkranken. Beides, jene Katarrhe sowie die event. späteren manifesten Erscheinungen der T. sind der Ausdruck derselben Infection mit tuberculösem Virus. Geht man hiervon aus, so wird man das scrophulöse Kind nicht nur schützen wollen gegen eine neue Infection mit Tuberkelbacillen, sondern man wird auch versuchen, die sicher schon vorhandene Infection zur Abheilung zu bringen. Ausgezeichnete Resultate kann man mit *Seeluft* erreichen, doch ist zu betonen, dass bei uns *nur an der Nordsee wirkliches Seeklima* herrscht. Auch junge Kinder vertragen dasselbe sehr gut, nur dürfen sie nicht sofort den ganzen Tag am Strande bleiben, sondern sie müssen ganz allmählich an das Klima gewöhnt werden. Man schicke sie zunächst gar nicht, dann nur für kurze Zeit an den Strand, erst nach 1—2 Wochen etwas länger. Junge Kinder müssen auch vor und nach der Hauptmahlzeit einige Zeit ruhen und schlafen. Kräftige, überernährte, pastöse, aber nicht sehr anämische Kinder können die nach dem offenen Meer gelegenen Kurorte aufsuchen, weniger kräftige Orte am Wattenmeer. Blasse, zarte, magere Kinder vertragen Seekuren schlecht, sie gehören ins waldige Mittelgebirge, nicht an die See. Für die anderen wären die Kurerfolge noch besser, wenn auch

der Winter mit hinzugenommen werden könnte, wo oft der erreichte Erfolg wieder vernichtet wird, indem die ärmeren Kinder in ihren unhygienischen Wohnungen leben müssen. Es müssten also in den Seeorten auch bessere Einrichtungen für Winterkuren getroffen werden, damit letztere weit mehr durchgeführt werden könnten, als es bisher geschieht. (Berliner klin. Wochenschrift 1906 Nr. 27.)

### **Tumoren. Heftige Blutung und Anaemie aus einem nach**

**Sturz vom Wagen prolabirten Cervixpolypen bei einer 40jährigen Frau** beobachtete Dr. Aronheim (Gevelsberg). Er sah die Pat.  $\frac{3}{4}$  Stunde nachdem diese von einem Wagen herab mit grosser Wucht aufs Gesäss gefallen war. Die Frau hatte sofort einen grossen Blutverlust gehabt und war ohnmächtig geworden. Jetzt war sie wieder bei Bewusstsein, aber äusserst geschwächt und anaemisch. Aus der leicht klaffenden Vulva sah Autor, ausser einem Prolaps der vorderen Scheidenwand, einen mit hochrother Schleimhaut überzogenen, mehrere Centimeter langen Tumor von fleischartiger Consistenz herausragen, in dessen Mitte sich eine etwa 10pfennigstückgrosse, unregelmässig rundliche, mit Blut bedeckte Oeffnung befand, die bei oberflächlicher Betrachtung als Gebärmuttermund imponiren konnte. Es ergab sich jedoch, dass diese Oeffnung sich in der Mitte einer Geschwulst von etwa Hühnereigrösse befand, von der ein längerer, fast bleistiftdicker Stiel nach dem linken Rande der ectopirten oberen Muttermundlippe hinzog. Gebärmutter selbst in Retroversion, etwas gesenkt, beweglich. Der Tumor konnte nur ein Cervixpolyp sein. Autor zog ihn vollständig heraus, unterband den Stiel und schnitt ihn ab. Mit einer Sonde konnte er von der erwähnten Oeffnung aus — die wahrscheinlich von klaffenden Drüsenmündungen und geplatzten Cysten herrührte — bis ans Ende des gefässreichen Stieles gelangen. Nach 10 Tagen war Pat. wieder arbeitsfähig. Sie erklärte, die Folgen jenes Unfalles seien für sie nur angenehme gewesen, da seitdem die seit längerer Zeit recht profuse Menstruation jetzt wieder normal und der weisse Fluss, an dem sie gelitten, verschwunden sei. Wahrscheinlich wäre der Tumor in Folge seiner Grösse bei weiterem Wachstum allmählich weiter gesunken und spontan oder beim Pressen (Husten, Niesen etc.) in die Schamspalte gedrungen, wenn nicht jenes schwere Trauma ihn so plötzlich herausgetrieben hätte.

- Einen **Beitrag zur Kankroin-Therapie** liefert Dr. J. Donath (Wien). Es handelt sich um dessen eigenen Vater. Derselbe litt seit einiger Zeit an Beschwerden, welche auf Carcinoma recti schliessen liessen. Prof. Gersuny diagnosticirte auch nach digitaler und Rectoskop-Untersuchung ein hochsitzendes, nicht exulcerirtes Carcinom der vorderen Rectalwand. Pat. wollte sich nicht operiren lassen, sondern begab sich in Behandlung von Prof. Adamkiewicz, der durch 14 Tage täglich eine subcutane Injection von 1—2 cm radioactiven Kankroins unter die Bauchhaut machte. Schon nach der ersten Injection liessen die kolikartigen Schmerzen nach, nach der zweiten und dritten schwanden die localen Schmerzen, die Entleerungen gingen bedeutend zurück, nach weiteren zwei wurden die Fäces besser, waren nicht mehr blutig, Appetit und Allgemeinbefinden besserten sich, Pat. nahm an Gewicht zu. Am Ende der zweiten Woche war Pat. wiederhergestellt und ist es jetzt (nach drei Monaten) noch.

(Aerztl. Rundschau 1906 No. 21.)

- Einen **Fall von primärem Lungencarcinom mit Metastasen in den Bronchialdrüsen und im Gehirn** beschreibt Dr. G. Schröder (Heilanstalt f. Lungenkranke zu Schömberg). 43jähriger Pat., dessen Bruder an Tuberculose leidet. Pat., im Beruf durch Staub geschädigt, aber früher nicht krank, bekam in den letzten Jahren leichte Arteriosklerose und Husten, seit 1903 auch allmähliche Abmagerung und Entkräftung; bei den Hustenanfällen (sie waren keuchhustenartig) Expectoration von spärlichem sanguinolentem Sputum. Seit einigen Monaten Gedächtnisschwäche und Schwachsichtigkeit. Acht Tage vor der Aufnahme apoplectischer Insult; seitdem unsicherer Gang, Zunahme der Gedächtnisschwäche und Sehstörungen. Am 21. August 1905 Aufnahme. Pat. von torpider Constitution, Gewicht 144½ Pfund. Rechts bleibt beim Tiefathmen zurück; Schall über dem Oberlappen stark gedämpft, Spitze gegen links um 5 cm verkürzt, Athmung hier leise hauchend; sehr spärliche, zerstreute, trockene und katarrhalische Rhonchi über dem gedämpften Bezirk. Fremitus leicht abgeschwächt. Ueber der linken Spitze spärliche knisternde Geräusche. Herz und Puls nichts Besonderes, ebenso obere Luftwege, Abdominalorgane, Urin. Sputum (schleimig-eitrig, zum Theil geballt und leicht sanguinolent) ohne Tuberkelbacillen. Gang leicht atactisch; Pat. klagt über Schwindel, Kopfschmerz, Doppelsehen. Augenhinter-



grund beiderseits normal. Im Laufe der nächsten Woche nahmen die Kopfschmerzen zu, dazu Schlaflosigkeit, Schwindelanfälle, hochgradige Gedächtnisschwäche. Gewicht sank trotz guter Nahrungsaufnahme um 2 Pfund. Kein Fieber. Rechts oben deutliche Abnahme der Geräusche, von oben rechts nahm der Schall deutlich tympanitischen Beiklang an. Rechts hinten oben dicht unterhalb der Spina scapulae pfeifendes, inspiratorisches Geräusch. Sputum, mehrfach genau untersucht, stets frei von Tuberkelbacillen; dagegen spärliche rothe Blutzellen und vereinzelte atypische Epithelien mit grösseren blasigen Kernen. Am Auge jetzt doppelseitige leichte Stauungspapille und Störungen in der Innervation der Augenmuskeln; keine ausgesprochenen Lähmungen. Im Gebiete der übrigen Hirnnerven keine wesentlichen Störungen; nur verlangsamte, unsichere Sprache. Romberg negativ. Leichte Coordinationsstörungen der Hände. Gang und Haltung unsicher, leicht atactisch. Diagnose jetzt: bösartiger Tumor im Oberlappen der rechten Lunge und Metastase im Gehirn, wahrscheinlich im Kleinhirn. Pat. nach Haus entlassen; 5 Wochen später dort Exitus. Section ergab Carcinom in der rechten oberen Lunge, der Bronchialdrüsen; im Gehirn Carcinom von Kleinpapfelgrösse, anscheinend von der Innenseite der Dura ausgegangen, hatte einen grossen Theil beider Hinterhauptslappen und einen Theil des Kleinhirns verdrängt und eingeschmolzen. Klinisch hätte man zunächst auch an Tuberculose denken können. Nach der Anamnese (Staubinhalation, Zusammensein mit tuberculösem Bruder) lag der Gedanke recht nahe, zumal die Hirnsymptome bei der gleichzeitig bestehenden Arteriosklerose auf einen leichten apoplectischen Insult zurückgeführt werden konnten. Auch das Verhalten der Symptome liess zunächst Tuberculose nicht ohne Weiteres ausschliessen. Es fehlten Veränderungen des Pulses, nennenswerthe Venenerweiterungen an Kopf und Brust, abnorme Pulsationen, Verdrängungen anderer Organe. Nicht charakteristisch für Tuberculose waren aber von vornherein die beträchtliche Abmagerung ohne Fieber, das Fehlen der Bacillen im Sputum und folgende Zeichen: das auffallend leise, hauchende Athmen bei dem stark gedämpften Schall, der bald tympanitischen Beiklang annahm, dazu die spärlichen katarrhalischen Geräusche. Sicher wurde die Diagnose aber erst, als die Hirnsymptome deutlich einen Tumor des Gehirns erkennen liessen, und als es gelang, im

Sputum atypische Epithelien nachzuweisen. Das Carcinom entstand jedenfalls zunächst an der Spitze des rechten Oberlappens, also an einer Praedilectionsstelle für Tuberculose. Vielleicht wirkte die Staubinhalation prädisponierend, indem möglicher Weise der Oberlappenbronchus der rechten Lungen besonders geschädigt wurde; nach manchen Autoren soll ja die weitere rechte Oberlappenbronchus ein Locus minorus resistentiae sein und deshalb der Krebs häufiger vom rechten Lappen seinen Ausgang nehmen.

(Deutsche Aerzte-Zeitung 1906, Nr. 14.)

### **Vitis cordis. Ueber die moderne Therapie der chronischen**

**Herzkrankheiten** theilt F. A. Hoffmann seine Erfahrungen mit. Nachdem er in jedem derartigen Krankheitsfalle nach einem aetiologischen Moment geforscht und dieses event. beseitigt hat, stellt er sich die Frage, ob eines der drei Mittel: *Digitalis*, *Jod* oder *kalttes Wasser*, am Platze ist. Für die Anwendung dieser Mittel haben wir verhältnissmässig recht bestimmte Anhaltspunkte, und es heben sich damit sofort drei therapeutisch wohlcharakterisirte Gruppen aus der grossen Menge der Herzkrankheiten heraus. Es ist dies ja eine rein praktische Eintheilung, aber es gibt eben eine grosse Zahl von Herzkrankheiten, bei denen als gemeinsames Kennzeichen das Moment besteht, dass ihnen während des Haupttheiles ihres Verlaufes eines dieser drei Mittel hervorragend gut thut. Man muss also die richtige Auswahl zu treffen verstehen und wissen, wo eines dieser drei Mittel angebracht ist. Um das „*Digitalisherz*“ genauer zu erkennen, muss man das Verhalten der zweiten Töne genauer beobachten. Wir horchen gewöhnlich ängstlich, dass uns am Herzen ein event. leises Geräusch nicht entgehe; aber wichtiger ist es, die Stärke der verschiedenen Töne an den verschiedenen Stellen mit einander zu vergleichen. Von dem Gebrauch des *Digitalis* ist sehr wenig zu erwarten, wenn die zweiten Töne fehlen oder an der Basis schwächer als die ersten sind. Werden die ersten Töne stark paukend, so ist *Digitalis* contraindicirt. Hat man kein *Digitalisherz* vor sich, so fragt es sich, ob man es mit einem „*Jodherzen*“ zu thun hat. Es gibt ein gewisses Verhalten des Herzens und der Gefässe, welches direct zu dem Versuche mit Jod auffordern muss. Ein solches Jodherz findet sich bei den anaemischen Leuten mit hoher Spannung im Aortensystem, die Verhältnissstärken der Herztöne sind nicht mehr die normalen, die

zweiten Töne sind viel zu stark, der zweite an der Spitze ist eindringlich stärker als der erste. Die Nieren müssen dabei gesund und kein Basedow-artiges Symptom vorhanden sein, Neigung zu Haemoptoe darf nicht bestehen. Es gehören dahin viele Fälle von Aortenklappeninsufficienz, von Aneurysmen, von Arteriosklerose, sei es der Coronaria, sei es der Aorta und peripherer Gebiete. Autor gibt Jod 4—6 Wochen und nach längerer Pause wieder, wenn es gut gethan hat, und hat damit sichere Erfolge gesehen. Nun die dritte Gruppe, dazu gehören diejenigen, bei denen die Töne unverhältnissmässig schwach sind, namentlich an der Basis schwächer als die ersten. Man kann sie die Basedowgruppe nennen, weil bei der Basedow'schen Krankheit dies Verhältniss besonders häufig und prägnant ist. Bei solchem „Kaltwasserherzen“ thut Hydrotherapie (neben Verbot aller reizenden Diet, Bevorzugung der Milch und event. Vegetabilien) die besten Dienste. Viele dieser Pat. haben schon selbst empirisch gefunden, dass Kälte auf's Herz, kleine Eisblase, Kühlschlange ihnen ganz besonders angenehm ist. Zahlreiche Herzkranken gehören in diese Gruppen nicht, doch können wir auch ihnen hervorragend nützen, mit drei anderen Mitteln. Diese helfen allerdings nicht bei einer wohl charakterisirten Gruppe von Herzkranken, sie können vielmehr allen Herzkranken in einem gewissen Grade nützlich sein. Die Kunst des Arztes besteht hier darin, sie richtig zu dosiren. Oft werden sie auch den erstgenannten Mitteln beihelfend mit Nutzen zuzugesellen sein, ja in den leichteren jener Fälle können wir event. mit dieser zweiten Gruppe von Mitteln: *Balneotherapie, Respiration, Hygiene des Herzens*, aus. Die Bäder, vor allem Nauheim, üben besonders eine Allgemeinwirkung aus: Anregung der Hautcirculation, reichliche Ableitung des Blutes von den inneren Organen und in Folge ihrer Entlastung eine regere Durchblutung, also ein tonisirender Einfluss auf Darm, Leber, Herz, Lunge und Nervensystem! Da diese günstigen Allgemeinwirkungen durch Beeinflussung der Circulation erzielt werden, so kommen sie auch in hervorragendem Maasse dem kranken Herzen zugute, und darum werden die meisten Beschwerden dieser Kranken in ihren Anfangsstadien so günstig durch die Balneotherapie modificirt. Asthmatische und stenocardische Anfälle, Irregularität, Dilatation des Herzens und Oedem mässigen Grades sind keine Contraindication, auch die leichten Formen des Digitalisherzens können hier entschieden Besserung finden.

ebenso die beginnende Arteriosklerose mit und ohne besondere Blutdrucksteigerungen, Emphysem und Asthma. Leute mit den verschiedensten Formen der Kurzatmigkeit, alle diese sind es, welche den Ruf von Nauheim begründet haben. Man kann die übrigen kohlensauren Bäder anreihen und ebenso die elektrischen Bäder. Sehr wichtig ist die Hygiene: richtige Diaet (Speisezettel von Rumpff!) unter gleichzeitiger Darreichung organischer Säuren. Viel zu wenig gewürdigt wird die Respirationsübung. Auf keine Weise kann man dem geschwächten Herzen so sicher eine kräftigende Blutwelle zuführen, wie durch eine kräftige Respiration. Freilich muss man vorsichtig dosiren. In den Frühstadien ist das Mittel immer anzuwenden, und dass es selbst bei vorgeschrittenen Störungen viel leisten kann, beweisen viele geheilte Bierherzen. Besonders indiciert ist es auch bei Arteriosklerose. Alte Kranke, deren Herzernährung gelitten hat, Emphysematiker, Bronchitiker, Anaemiker haben sicheren Nutzen. Natürlich verschmäht Autor auch Coffein, Calomel, Kampfer, Alkohol, Morphinum, Aderlässe etc. bei Herzkranken nicht, aber das sind alles nur Symptomata, die man ergreift, wenn jene sechs Mittel im Stiche lassen oder wenn eben Linderung der Beschwerden uns einzig und allein übrigbleibt; für eigentliche Dauerbehandlung kommen sie kaum in Betracht.

(Berliner klin. Wochenschrift 1906 No. 14.)

— Ueber den therapeutischen Werth des Digalens giebt Doc.

Dr. L. v. Ketly (II. intern. Klinik der kgl. Universität Budapest) auf Grund seiner Erfahrungen ein Urtheil ab. Es wurde im letzten Jahr in der Klinik das Digalen besonders bei nicht compensirten V. und bei Myodegeneration cordis erprobt. Es wurde per os verabreicht, täglich 2—4 mal je 1—1 ccm in Wasser oder Syrup. Es wurde stets gut tolerirt. Die Wirkung trat nach 1/2—1 ccm gewöhnlich schon in 3—6 Stunden auf, indem der Blutdruck anstieg die Pulsfrequenz etwas abnahm, die subjektiven Beschwerden sich besserten; die Diurese nahm nach einer Tagesdosis von 2—3 ccm spätestens in 24 Stunden bedeutend zu. Die Wirkung, welche nach 10er Tagesdosis von 2—3 ccm eintritt, dauerte noch 24—48 Stunden an, nachdem man die Verabreichung des Mittels sistirte. In schweren Fällen wurde das Mittel auch durch W. u. u. unausgespart gegeben, ohne dass man Oedem u. dgl. beobachtet hätte. In Fällen, die auch im vorliegenden Stadium sich nicht besserten, wurde auch im vorliegenden Stadium die



die Injectionen immer schmerzhaft und führten einige Male zu Infiltrationen; die Versuche wurden also abgebrochen, zumal in jenen zwei Fällen später bei Verabreichung des Mittels per os die Wirkung ebenso prompt und rasch eintrat. Die intravenöse Injection wurde einmal gemacht, doch zeigt schon der eine Fall, dass diese Anwendungsweise in schweren Fällen gerechtfertigt ist, wo aus vitalen Gründen die momentane Digitaliswirkung für das Herz nothwendig erscheint. Der Fall zeigte deutlich, welche rapide Wirkung die intravenöse Verabreichung des Digalens hervorruft, und dass bei so schweren Herzschwächezuständen und Asthmacardiale diese Verabreichung sehr indicirt ist, da wir das Herz plötzlich unter Digitaliswirkung bringen können. Die Frequenz des Pulses und der Herzthätigkeit nahm schon nach  $\frac{1}{2}$  Stunde um 10—20 ab, letztere wurde stärker und rhythmischer, der Blutdruck stieg an. Auch dieser Fall, wo Digalen mehrere Tage hindurch in Dosen von 0,6—2,4 mg pro die angewandt wurde, zeigte, dass das Mittel keine toxische oder cumulative Wirkung ausübt. Antor hält Digalen, das zudem gar nicht theuer ist, für das derzeit beste Digitalispräparat. Es hat vor anderen folgende Vorzüge:

1. Es ist immer von gleicher Zusammensetzung und Wirkung.
2. Es wirkt schneller.
3. Es hat keine cumulative Wirkung.
4. Es ist genau dosirbar.
5. Es verursacht keine Irritation des Magens.
6. Es kann per os verabreicht werden, in schweren Fällen aber auch intravenös.

(Therap. Monatshefte, Juni 1906.)

## Vermischtes.

**Erklärung einiger neuer Fachausdrücke**, von Generaloberarzt Dr. Schill (Dresden) [Forts.]:

Als „Kranksinnig“ bezeichnet Alt die Geisteskranken, in Anlehnung an den holländischen Ausdruck: „krakzinnig“. Die familiäre Verpflegung der Kranksinnigen in Preussischland. Halle, C. Marhold, 1903.

Lachschlag oder Lachschwindel benennt Oppenheim einen in Folge Lachens hervorgerufenen Zustand von völliger, aber schnell vorübergehender Bewusstlosigkeit (Zusammensinken und Umfallen mit starrem Blick und Gesichtsausdruck), welchen er bei einem 18jährigen Mädchen und einem 45jährigen Manne ohne sonstige Krankheitserscheinungen beobachtete. Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie 1903.

Legalsche Reaction weist Aceton im Urin nach (durch Zusatz von Nitroprussitnatrium, Kalilauge und Essigsäure), welches aus  $\beta$ -Oxybuttersäure im Blute bei Acidose sich bildet. Mohr, Medicinische Klinik 1905, No. 16.

Leishmansche Körperchen = rundliche Körperchen in Ausstrichen der Milzpulpa mit einem grossen ringförmigen Chromatinkörper neben einem weit kleineren Chromatinkörper. Die nur 2–3  $\mu$  im Durchmesser haltenden Körperchen deutet Leishman als Reste abgestorbener Trypanosomen. Donovan fand dieselben Gebilde im Blute von zwei angeblich an chronischer Malaria gestorbenen Indianern und eines an unregelmässigem Fieber leidenden Knaben und hält die Körperchen für Parasiten. Zu derselben Auffassung kamen Laveran und Mesnil, welche den Parasiten Piroplasma Donovanii benennen. Ross weist die Parasiten einem neuen Sporozoengenus zu und giebt der Art die Bezeichnung Leishmania Donovanii. Baumgarten und Tangl, Jahresbericht für 1903.

Leukanaemie benannte Leube eine Gruppe seltener Haemopathien, die eine Vereinigung der morphologischen Befunde der perniciosen Anaemie und der Leukaemie zeigen. Einen derartigen Fall schildert Luce. Deutsches Archiv für klinische Medizin 1903, Bd. 77, H. 3.

Leukocidin ist ein von van de Velde entdecktes Stoffwechselproduct der Bakterien (Staphylococcen), welches schädigend, bzw. abtödtend auf die zum Schutz des inficirten Körpers berufenen Leukocyten einwirkt. van de Velde, La Cellule 1898, S. 403.

Leukotoxine benennt Christian Körper im Blutserum, welche die weissen Blutkörperchen, in ganz analoger Weise wie die Haemolysine die rothen, schädigen. Deutsches Archiv für klinische Medizin Bd. 80, H. 3.

Lysine benennt Kruse von Bakterien bei der Infection im Körper gebildete, die Schutzkräfte des Körpers paralysirende Stoffe. Kruse, Ziegler's Beiträge 1893, Bd. 12, S. 333. cf. Aggressin.



**Maixner'sche Lebercirrhose** = Cirrhose mit Leber- und Milzvergrößerung, aber ohne Meteorismus, Ascites und Diarrhoe; frühzeitiges Auftreten von Magen- und Darmblutungen. Neuerdings vier Fälle von v. Áldor. Berliner klinische Wochenschrift 1905, No. 35.

**Maladies à sporozoaires** siehe Bryocyten.

**Malakoplakia vesicae urinariae.** Mit diesem Namen bezeichnet v. Hansemann flach prominente, gelbliche, pilzförmige Gebilde der Blasenschleimhaut und der erweiterten Ureteren ohne klinische Erscheinungen, über deren eigentliche Natur keine Klarheit besteht. Virchow's Archiv 1903, Bd. 173, H. 2.

**Megacolon (Mya),** siehe Hirschsprung'sche Krankheit.

**Melung** ist eine bisher noch nie beschriebene Hautkrankheit der Neger (bei den Dualanegern Beta): rundliche oder unregelmässige, gelbröthliche Flecke an Händen und Füßen, anscheinend nicht ansteckend. Krankheits-erreger unbekannt. Ziemann, Archiv für Dermatologie und Syphilis 1905, Bd. 74, H. 2.

**Miana** = ein in Persien vorkommendes recidivirendes Fieber, welches wahrscheinlich durch einen Tick (Ixodoidea) übertragen wird. Sambon, Münchener medicinische Wochenschrift 1905, No. 38.

**Missed abortion und Missed labour.** Unter missed abortion versteht man Zurückhaltung eines vor dem Zeitpunkt der Lebensfähigkeit der Frucht abgestorbenen Eis in der Gebärmutter über das normale Ende der Schwangerschaft hinaus; unter missed labour dagegen vergebliche Geburtsbestrebungen kurz vor oder am normalen Schwangerschaftsende mit zeitlichem oder dauerndem Stillstand der austreibenden Kräfte und Zurückhaltung der Frucht im Uterus über das normale Schwangerschaftsende hinaus. Volkmann's Sammlung klinischer Vorträge. Neue Folge. 1903. No. 351.

(Deutsche med. Wochenschrift 1906 No. 12.)

(Fortsetzung folgt.)

- **Zur Frage der Eiweiss-Assimilation und Eiweiss-Ueberernährung** kommt San.-R. Dr. Fürst (Berlin) zu folgendem Resumé: „Die Eiweissernährung ist durchaus rationell; an ihrer vollkommenen Assimilation ist nicht zu zweifeln; sie steht völlig im Rahmen des Stoffwechsels und dient nicht nur zum Ersatz des permanent zerfallenden.

als Harnstoff zur Ausscheidung gelangenden Organeiwisses, sondern auch zum Gewebsansatz. Insbesondere ermöglicht sie auch die stete Regeneration des Blutes, der Muskulatur und der Nervensubstanz. Die Assimilation ist für die Einzelmahlzeit begrenzt, erfolgt aber nach einer mehrstündigen Pause wieder in der alten Höhe. Demzufolge vollzieht sich thatsächlich eine Aufspeicherung und Anreicherung an Eiweiss und Phosphaten in den Körpergeweben, was einerseits durch Energiesteigerung, andererseits durch Gewichtszunahme zu constatiren ist. In Wirklichkeit ist also die Eiweissresorption unbegrenzt, wenn die Aufnahme in angemessenen Zwischenräumen und zugleich mit gut verdaulicher, gemischter Kost erfolgt.“ Von den zahllosen Eiweissnährmitteln hat sich nun dem Autor besonders das *Tutulin* bewährt, ein aus Cerealien hergestelltes, feines, gelbliches, fast geruch- und geschmackloses, von chemischen Zusätzen freies, unbegrenzt haltbares Pulver, reines Pflanzeiweiss, frei von Kleber, aber reich an Lecithin. Wie eine Anzahl von Versuchen an Personen mit chronischer Unterernährung und Atrophie ergeben hat, und zwar theils an schnell wachsenden, etwas anaemischen und nervösen Kindern, theils an Reconvalescenten und in Fällen seniler Atrophie mit mangelnder Appetenz, dann an durch Darmkatarrhe sehr reducirten Säuglingen, ist Tutulin zur Eiweisszellmast sehr geeignet. Es wurde stets gern genommen (Erwachsene erhielten dreimal täglich einen Theelöffel = 4 g, Kinder die Hälfte, Säuglinge je eine Messerspitze) und glatt verdaut, erwies sich als vortreffliches Nutriens und steigerte auch in einigen Fällen merklich den Appetit. Die diätetische Küche hat mit Tutulin, das überdies recht billig ist (1 Theelöffel 8 Pf.), einen Gewinn erfahren.\*)

(Deutsche Aerzte-Ztg. 1905 Nr. 18.)

- Ein neues Vaginalspeculum giebt Dr. M. Seyffert (Dessau) an, der vor einigen Jahren schon ein ähnliches Nasenspeculum empfohlen hat. Wenn wir den Angaben des Autors wörtlich folgen, so besteht das neue Speculum\*\*) aus zwei Löffelbranchen mit schräg nach unten stehendem Handgriff und Druckhebel zum Oeffnen und Schliessen. Der charakteristische Unterschied von Instrumenten ähnlicher Art besteht darin, dass hier beim Oeffnen und

\*) Zu gleichen Resultaten gelangte Dr. M. Weinberg (Wien), der *Tutulin* ebenfalls warm empfiehlt.

\*\*) Fabrikant: H. Windler, Berlin, Friedrichstr. 133a.

Schliessen nicht, wie sonst üblich, nur eine Drehbewegung um eine feststehende Achse stattfindet, sondern dass diese Achse sich gleichzeitig mit der Drehbewegung auch noch nach unten verschiebt. Bewirkt wird diese Doppelbewegung dadurch, dass an jeder Seitenwand der oberen (äusseren) Branche zwei im Winkel zu einander stehende Schlitzte angebracht sind, in welche zwei an der anderen (inneren) Branche angebrachte Zapfen eingreifen. Durch Entlanggleiten dieser Zapfen in den winkligen Schlitzten kommt zu gleicher Zeit eine Dreh- und eine Schiebewegung zu Stande, und der Effect ist eine ausserordentlich-grosse Erweiterung des Speculumlumens besonders in seinem Halsteil. Bei den bisherigen Instrumenten mit feststehender Achse konnte man wohl die Enden der Löffel weit genug zum Sperren bringen, nicht aber den Halsteil. Dieser bildete einen engen starren Ring, durch welchen Instrumente, Tampons etc. nur schwer einzuführen waren. Hier dagegen öffnen sich die Löffel in ihrer ganzen Länge, sodass auch der Halsteil die Bewegung mitmacht. Beim Mechanismus zum Feststellen des Speculums in einer gewünschten Löffelstellung ist absichtlich von der Anwendung von Schrauben wegen mancher denselben anhaftenden Uebelstände Abstand genommen. Statt dessen ist hier eine leicht zu reinigende und schnell zu bedienende, äusserst einfache Vorrichtung angebracht, die aus einem Haltebügel der unteren und einer gezahnten Stange der oberen Branche besteht. Hakt der Bügel hinter einen Zahn, dann sperren die Löffel auseinander. Diese gezahnte Stange ist nun durch leichten Druck an einem kleinen unten angebrachten Flügel um 90° drehbar, und ist nur auf einer Seite gezahnt, auf der anderen dagegen glatt. Dreht man die Stange um 90° herum, dann geben die Zähne den Haltebügel frei; letzterer kommt auf die glatte Fläche zu liegen, gleitet hier ab, und der Druck der umgebenden Weichteile bringt das Speculum zum Schluss. Es fällt also hier bei der Anwendung des neuen Speculums jede Schrauberei und vor allen Dingen auch jede Manipulation mit der rechten Hand fort, letztere bleibt völlig zur Einführung von Instrumenten, zu operativen Eingriffen etc. frei, die linke Hand dagegen besorgt alles Uebrige, d. h. Einführen, Oeffnen der Branchen, Einstellen der Portio und Dirigiren ganz allein. Besonders das Einstellen der Portio und weiteres Dirigiren wird durch den Handgriff sehr erleichtert, und der Druckhebel gestattet im Gegensatz zur

Schraube, deren Wirkung man nicht in der Gewalt, d. h. im Gefühl hat, eine möglichst schonende Anwendungsweise. Ausserdem dient der Druckhebel noch einem zweiten Zweck. Er ist nämlich zugleich Blutrinne und schützt so die Hand des Operateurs und die Unterlage der Patientinnen vor Verunreinigung mit Blut, Spülflüssigkeit und Medikamenten“.

(Centralblatt f. Gynaekologie 1906 No. 15.)

— **Ueber die Behandlung entzündlicher Prozesse der Haut mit heissen Bädern** macht Dr. R. Richter (Waldenburg i. Schles.) eine Mittheilung. Er übt diese Wundbehandlung, die auf dem gleichen Princip beruht, das der Bier'schen Stauungshyperaemie zu Grunde liegt, seit fünf Jahren aus und hat sie bei 330 chirurgischen Fällen, grösstentheils Unfallkranken, angewandt. Es handelte sich um Weichtheilquetschungen mit und ohne Verletzung der Haut, Folgen eingedrungener Fremdkörper, inficirte Wunden, Panaritien, Furunkel und Phlegmonen mit und ohne Lymphgefässentzündung. Alle diese Affectionen pflegt Autor, soweit sie ihrer örtlichen Lage nach sich eignen, mit heissen Bädern zu behandeln. Der Pat. hat in seiner Wohnung, mehrere Male am Tage, jedes Mal mindestens  $\frac{1}{2}$ —1 Stunde lang das geschädigte Glied in möglichst heissem Wasser zu baden und darauf zu achten, dass durch Zugiessen heissen Wassers keine Abkühlung eintritt. Bei allen Finger- und Zehenerkrankungen wird die ganze Hand (resp. Fuss) gebadet, bei höherem Sitz der Entzündung der Unterarm (resp. Unterschenkel). Bei Ober- und Unterschenkelaffectionen beschränkt sich Autor oft auf feuchte Packungen, die durch Wärmflaschen möglichst warm gehalten werden. Bei der fragwürdigen Sauberkeit der benutzten Gefässe lässt er dem Badewasser etwas Soda zusetzen, etwa  $\frac{1}{2}$  Esslöffel auf 1 Liter. Nach dem Bade wird das Glied mit trockener Gaze verbunden. Diese einfache Behandlungsmethode hat so befriedigende Resultate ergeben, dass Autor sich ihrer immer noch bedient. Mit der bisher üblichen Incision und Drainirung von Infectionsherden wartet er möglichst lange. Die Entzündungsproducte werden entweder resorbirt oder der Eiter bricht von selbst im Bade durch oder es wird ihm dann der Weg durch eine Incision geöffnet. Dem Gedankengang der Bakteriologen folgend, strebt Autor eben danach, Blut und Lymphe nach dem Erkrankungsherd *hinzutreiben*, um sie den Kampf mit den Eindringlingen

an Ort und Stelle aufnehmen zu lassen. Wo die mit der Stauungstherapie verbundenen Schwierigkeiten nicht überwunden werden können, wird das geschilderte Verfahren als Ersatz sich empfehlen.

(Münchener med. Wochenschrift 1906 No. 15.)

- **Ein neuer Hand-Vibrations-Massage-Apparat („Venivici“)** wird von Dr. G. Buschan (Stettin) den prakt. Aerzten wegen seiner Wohlfeilheit, seiner einfachen und leichten Handhabung, seiner Stabilität und seines geringen Volumens warm empfohlen. Autor hat ihn in einer ganzen Reihe von Fällen mit Erfolg benutzt. Er wird hergestellt von der Firma „Vibrator“, Berlin, Stallschreiberstr. 5 und kostet mit vier Ansätzen nur Mk. 50, mit 15 Ansätzen Mk. 90.

(Deutsche Aerzte-Ztg. 1906 Nr. 8.)

---

## Bücherschau.

---

- **Die Sehprüfungen** von Dr. Roth (Verlag von G. Thieme, Leipzig. Preis: 60 Pf.) sind schon in 3. Auflage erschienen. Das Büchlein verdient auch mit Recht weiteste Verbreitung, da es mit seinen Beispielen nebst Fragen und Antworten ein sehr nützlicher Unterrichts- und Lernbehelf bei der gar nicht so leichten praktischen Ausführung von Sehprüfungen ist. — Der Verfasser gab jetzt auch im gleichen Verlage **Verwechselungs-Sehproben** heraus, zwei Tafeln mit Textbeilage (aufgezogen mit Futteral Mk. 1,60). Eine Reihe von Snellen'schen Haken sind durch einen „Kniff“ so angeordnet, dass sie sehr geeignet sind, Simulanten zu entlarven. Da man heutzutage nicht selten in die Lage kommt, letzterer Thätigkeit seine Aufmerksamkeit zuwenden zu müssen, so dürfte dieser praktische Behelf rasch beliebt werden. — Endlich sei eines kleinen Buches, das ebenfalls bei G. Thieme publicirt ist, gedacht: **Trink- und Badecuren zu Hause** von Dr. G. Hünnerfauth (Mk. 2,80). Die Badeorte sind alphabetisch geordnet, über die Art der zu verordnenden Quellen, Indicationen, Anwendung, Preis werden kurze Angaben gebracht, sodass der Arzt einen brauchbaren Führer und Berater zur Verfügung hat, mit dessen Angaben er wieder seinen



Patienten nützen kann. Heutzutage, wo die Trink- und Badecuren ein ungemein häufig benutztes therapeutisches Agens sind, wo der Arzt fast täglich seiner Clientel Aufschlüsse darüber zu geben hat, dürfte ein derartiges „Nachschlagebuch für Aerzte“ gewiss grossen Anklang finden.

- Von Rauber's **Lehrbuch der Anatomie des Menschen** ist die 7. Auflage erschienen (Leipzig, G. Thieme, 2 Theile, gebd. 13 Mk.), bearbeitet von Fr. Kopsch, dem ersten Assistenten am Anatomischen Institut der Universität Berlin. Da Rauber an seinem Aufenthaltsorte den illustrativen Theil nicht unter Benutzung der Hülfsmittel der modernen Technik herstellen konnte, hat er die Bearbeitung der Neuauflage in andere Hände gegeben. Der neue Bearbeiter hat auch das in ihn gesetzte Vertrauen vollauf gerechtfertigt, er hat ein Lehrbuch uns übergeben, das den weitgehendsten Anforderungen genügt und das Urtheil „vorzüglich“ durchaus verdient. Wesentliche Aenderungen finden sich. Das Format des Werkes ist vergrössert worden und so können die Abbildungen oft in natürlicher Grösse dargeboten werden. Im Text finden wir, abgesehen von den Nachträgen neuer Ergebnisse, principiell wesentliche Aenderungen, durch die die Brauchbarkeit des Lehrbuches noch bedeutend erhöht wird. Etwa 750 Abbildungen, zum Theil farbige, zieren das Werk, davon sind etwa 500 neu. Die Abbildungen sind prachtvoll ausgeführt und geben die Präparate so naturgetreu als möglich wieder. So können wir denn Rauber's Lehrbuch auf's Wärmste empfehlen.

- Unter dem Titel „**Praescriptiones**“ hat Dr. E. Kantorowicz ein „Receptaschenbuch für die Praxis“ herausgegeben (Berlin, Aug. Hirschwald. Preis: 2 Mk.), welches etwa 1700 Recepte enthält, nach Krankheitsnamen, die alphabetisch geordnet sind, untergebracht, damit der Arzt dieselben unauffällig benützen kann. Prof. Senator hat dem Büchlein ein kurzes „Vorwort“ gewidmet, in der er die „mit Fleiss und Gründlichkeit abgefasste Arbeit“, die sich „durch wissenschaftlichen Ernst und nüchterne Kritik“ auszeichnet, empfiehlt und seiner Meinung Ausdruck gibt, dass „namentlich die jüngeren Collegen in dem Werkchen einen verlässlichen Berather finden werden, der ihnen helfen kann, die Schwierigkeiten der ersten praktischen Versuche zu überwinden.“ Wir schliessen uns diesem



Urtheil an und rathen dem Verfasser, in der nächsten Auflage die Recepte austaxiren zu lassen und mit dem Preis zu veröffentlichen, wodurch die Brauchbarkeit des Buches noch erheblich erhöht werden wird.

- In der Sammlung „**Würzburger Abhandlungen**“ (Würzburg, A. Stuber's Verlag) sind neuerdings vier Hefte (Preis eines jeden Mk. 0,75) erschienen, deren Anschaffung dem praktischen Arzt warm empfohlen werden kann, da sie in kurzer Darstellung nach dem neuesten Stande der Wissenschaft Themata behandeln, welche für den Praktiker von grösstem Interesse sind. Es sind dies: „Ueber Ischias“ von Dr. E. Sommer, „Das Rückfallfieber“ von Dr. Hödlmoser, „Die Heilung localer Infectionen mittels Hyperaemie“ von Dr. V. Manninger und „Aseptische Operationen im Privathaus“, von Dr. H. Stadler. — Im gleichen Verlage publicirt bekanntlich Jessner seine „**Dermatologische Vorträge für Praktiker**“, welche sich bereits grosser Verbreitung erfreuen. Heft 6 „Die kosmetische und therapeutische Bedeutung der Seife“ ist jetzt in 2. Auflage erschienen (Preis 90 Pfg.), die mannigfache Verbesserungen aufweist und zur Anschaffung dem praktischen Arzte warm empfohlen werden kann.

Der Redakteur dieses Blattes  
wohnt jetzt:

**Friedenau-Berlin,**  
Handjery-Strasse 14.



# Inhalts-Verzeichniss.

## A.

Abducenslähmung nach Lumbalanästhesirung, ein Fall von 386.

Abführmittel, über den Missbrauch medicamentöser 213.

Acetonurie der Diabetiker, zur Frage der diätetischen Behandlung der 9.

Achillessehne, eine typische Erkrankung der 268—270.

Acidol, ein Ersatz für Salzsäure in fester Form 174.

Acne rosacea, Thigenol gegen 343.

— vulgaris, Pittylen bei 204.

Adrenalindarreichung, einige Erfahrungen über innere 524.

Aethylchlorid, Vereisung spitzer Condylome mittels 62.

Agrypnie, physikalische Therapie der neurasthenischen 145.

—, Proponal gegen 333, 334, 335, 429, 430.

—, Malonal gegen 335.

—, Neuronal bei 430.

Airol-Zinksalbe bei Ulcus cruris 169.

Akromegalie, ein Fall von (Zerstörung der Hypophysis durch Blutung) 157.

Albuminurie in der Schwangerschaft und künstliche Frühgeburt 25.

Albuminurieen, zur Frage der medicamentösen Beeinflussung nephritischer 307.

Alkoholsilbersalbe 190.

—, über die Heilkraft der 5.

—, über die therapeutische Wirksamkeit der 471.

Alypin 285.

—, ein neues Localanaestheticum 3, 53, 54.

— in der Augenheilkunde 99, 100, 384.

—, Beitrag zur Verwendung des 147.

— in der rhino-laryngologischen Praxis 287.

— in der urologischen Praxis 431.

Amara, ihr Einfluss auf die Magenverdauung bei verschiedenen Erkrankungen des Magens 257.

Anaemie, Bioferrin bei 49, 528.

## VI

Anaemie, Ferratose und Arsen-  
Ferratose bei 49, 50.

—, Lecithogen bei 50.

—, Plenulae Blandii bei 193.

—, Ovoferrin bei 193.

—, Recepte aus der I. medicin.  
Klinik der Universität Berlin  
gegen 243.

—, Lecithin-Perdynamin bei  
477.

— Blutan bei 477.

—, Lacto bei 478.

—, Triferrol bei 478.

—, Triferrin bei 525.

—, Fersan bei 526.

— bei Phthisikern als Folge  
gastrointestinaler Störungen  
526.

Anaesthesie in der kleinen  
Chirurgie 479.

Anaesthesin bei Heufieber-Con-  
junctivitis 8.

—, bei Kehlkopftuberculose 93.

—, gegen Erbrechen 173.

— bei Hautaffectionen 186.

— als juckstillendes Mittel 488.

Angina lacunaris, zur Behand-  
lung der 100.

—, Formaminttabletten bei 233.

—, Gurgelwasser bei 290.

— pectoris, Ordinationen bei  
292.

Anginen, behandelt mit Stau-  
ungshyperaemie 101.

Angiom, Selbstheilung desselben  
durch Ulceration 276.

Ankylostomalärven, ihre Durch-  
wanderung durch d. mensch-  
liche Haut 13.

Anthraxrobin 185.

Anthrasol 185, 342.

Anticilloid, ein neues Pro-  
phylacticum gegen Gonor-  
rhoe 110.

Antidysenterieserum 164.

Antiferment-Tabletten 257.

Antipositin, Intoxication durch  
19.

Antipyrinjectionen bei Ge-  
sichtsneuralgien u. Ischias,  
die Technik der 175.

Antistreptokokkenserum von  
Aronson bei puerperaler  
Sepsis 219.

Antithyreoidin (Möbius), zur  
Behandlung der Basedow's-  
chen Krankheit mit 55, 439.

Antituberculosenserum von Mar-  
morek bei Behandlung der  
Tuberculose 364, 419, 463.

Appendix epiploica, Bruchein-  
klemmung einer 252.

Appetitlosigkeit und appetit-  
anregende Mittel bei Lungen-  
tuberculose 461.

Arhovin bei Gonorrhoe 397.

Aristochin gegen Keuchhusten  
450.

Arsen-Ferratose 50.

Arsenbehandlung von Haut-  
krankheiten 184.

Arsenvergiftung, Fall von Ar-  
senpolyneuritis nach acuter  
63.

Arteriosclerosis, einige Erfahrungen über Ätiologie und Therapie der 337.

—, Recept gegen 338.

— nach Trauma, Fall von Herzneurose und 528.

Arthritis gonorrhoeica behandelt mit Bier'scher Stauung 111.

— urica, s. Gicht.

Aspirin, über die Behandlung der Chorea mit 158.

— und Chinin bei Influenza 168.

Athmung, über künstliche 138.

Athmungsübung als Suggestivbehandlung 114.

Atonische Blutungen nach der Geburt, Instrument zur Stillung von 340.

Auge, Schädigungen desselben nach Paraffin-Injectionen bei Sattelnase 189.

Augenbäder mit Lösungen von künstlichem Emsersalz 6.

Augenentzündungen, die Behandlung der sogen. scrophulösen 7.

Augenheilkunde, Alypin in der 99, 100, 384.

—, Dionin als locales Resorbens und Analgeticum in der 196.

Augenkrankheiten, Bier'sche Stauungshyperaemie bei 293.

Augentuberculose, Heilung eines Falles durch Marmorek's Serum 39.

Autogymnast 235.

## B.

Bakterienarretirung 433.

Bäder, Würfel für 187.

—, über die Behandlung entzündlicher Processe der Haut mit heissen 564.

Balsam. peruv. bei Kehlkopftuberculose 92.

— — bei Wunden und Unterschenkelgeschwüren 96.

— — Fall von artificieller, acuter Nephritis nach Gebrauch von 541.

Bandwurmeuren, zur Verhütung des Erbrechen bei 167.

Barlow'sche Krankheit, Operation bei 487.

Basedow'sche Krankheit, Arsen-Ferratoxe bei 50.

— —, Behandlung mit Antithyreoidin Möbius 55, 439.

— —, Fall mit spontaner (toxischer) Glykosurie 57.

— —, ein abnorm verlaufender Fall von 58.

— — zur Kenntniss der 295.

— —, Behandlung mit Röntgenstrahlen 298.

— —, Therapie der 436.

— —, ist sie, auf dem Boden einer Unfallhysterie entstanden, als Unfallfolge zu betrachten? 531.

— —, zur Pathologie der 534.

## VIII

Basedow'sche Krankheit, z. Thyreoidbehandlung derselben und insbesondere ihrer Combination mit Myxödem 534.

Beckenzirkel, eine Tastvorrichtung an 186.

Belloform, über die keimtödtende Wirkung eines neuen Desinficiens, des 390.

Bengué-Balsam bei Mückenstichen 253.

Benzinvergiftung, über eine 543.

Benzosalin 316.

Bioferrin 49.

— z. Behandlung d. Bleichsucht und anämischer Schwächestände 526.

— bei Anämien im Kindesalter 526.

Bleivergiftungen, Vorschläge zur persönlichen Prophylaxe gegen 171.

Blut und Blutungen bei Verdauungskrankheiten 391.

Blutan, Erfahrungen über 477.

Bluter, über Stauungshyperämie bei 536.

Blutkrankheiten, Einfluss des Erysipels auf 242.

Blutstillungsmittel, ein neues externes 339.

Blutung bei einer Gravida ohne Unterbrechung der Schwangerschaft 341.

Blutungen aus den weiblichen Genitalien, symptomatische Bedeutung derselben und Behandlungsgrundsätze 153.

— combinirte Verordnung von Arzneimitteln gegen Unterleibs- 244.

— nach der Geburt, ein Instrument zur Stillung atonischer 340.

Bolusverbandstoffe 149.

Bornyval 114.

— bei traumatischen Neurosen 307.

Brachialgie, über 305.

Brandwunden, Behandlung mit Zinkperhydrol 440.

—, s. auch Verbrennung.

Brillengläser, Sapal als Putzmittel für 150.

Brillenglanz 234.

Brom, Versuche über Behandlung des Tetanus mit 323.

Brom-Exanthem bei Morbus Basedowii, über einen Fall von 391.

Brucheinklemmung einer Appendix epiploica 252.

Brücke, zur Behandlung eingeklemmter 15.

Bubonenbehandlung, über 396.

Bürsten, Reinigung und Desinfection von 194.

## C.

*Calcaria chlorata* bei Perniones 312.

Califig, über den therapeutischen Werth des 117.



Campfer, über giftige und tödliche Wirkungen des 254.

Carbolsäure, concentrirte, bei Scrophuloderma und Furunculosis 299.

Carcinommetastase im Gehirn, über einen Fall von Schlafsucht bedingt durch 272.

Celluloid als Schienenmaterial bei Unterkieferbrüchen 204.

Cerebrospinalmeningitis, s. Meningitis.

Cervixpolyp, heftige Blutung und Anaemie aus einem nach Sturz vom Wagen prolabirten 553.

Chinin bei Erysipel 298.

Chloralhydrat bei Nephritis 116.

Cholera asiatica, zur Behandlung der 60.

Chorea minor, Arsen-Ferratoxe bei 50.

—, behandelt mit Aspirin 158.

Chrysarobin-Dermasan bei Psoriasis 363.

Citronensaft als Brech- und Heilmittel bei Collaps nach Gebrauch von Extr. filicis maris aether. 167.

Clavin 87, 319.

Coffeinbehandlung der Pneumonie 259.

Collargol bei Genickstarre 71.

Collargolbehandlung, casuistische Mittheil. über 221.

Collargolinjection, 2 Fälle von Septicaemie geheilt durch 220.

Combustio s. Verbrennung und Brandwunden.

Comedonen, Thigenol geg. 343.

Condylome, Vereisung mittels Aetylchlorid bei spitzen 62.

Congelatio s. Erfrierung.

Creosotal, Lungengangrän geheilt durch 116.

Cystitis, Urogosan bei 165.

—, Formaminttabletten bei 234.

—, Vesipyrin bei 316.

## D.

Darmblutungen, über hochsitzende Haemorrhoiden als Ursache von occulten 526.

Darmerkrankungen des Säuglings, die acuten 68.

Darmkatarrh, Fomitin bei chronischem 401.

Darmtuberculose, Ichthalbin bei 38.

Dermasan 185.

Dermatitiden nach dem Gebrauche von Javal 344.

Dermatolzinksalbe bei einem Falle von diffusum Skleroderma 179.

Diabetes insipidus, zur Behandlung des 158.

— —, Behandlung mit Strychninjectionen 441.

— u. Prostatahypertrophie 159.

—, über Pankreaserkrankungen während des 247.

— mellitus, Magolan bei 488.

## X

Diabetiker, zur Erage der diätetischen Behandlung der Acetonurie der 9.

—, zwei durch Thiosinamin-resp. Fibrolysininjectionen erfolgreich behandelte Fälle von Dupuytren'scher Fingercontractur bei 248.

Diabetikerbrode, über ein neues Verfahren zur Herstellung von 8.

Dickdarmkatarrh, zur Diagnose und Therapie des chronischen 444.

Digalen, einige Erfahrungen über 281, 373.

—, über den therapeutischen Werth des 558.

Digitalis-Präparate, über moderne 232.

Dionin als lokales Resorbens und Analgeticum in der Augenheilkunde 196.

Eclampsie, über das Gift derselben und die Consequenzen für die Behandlung 411.

Einfädeln, fingerfreies 388.

Eisentherapie in der Kinderpraxis, über moderne 477.

Eisenverordnung, übereine neue Form der 193.

Eiweiss-Assimilation und Eiweiss-Ueberernährung, zur Frage der 561.

Eiweiss-Gelatinekapseln 332.

Ekzem, Tumenolammonium bei 200.

—, Anthrasol bei 342.

Diphtherie, Behandlung mit Quecksilberjodid 9.

—, behandelt mit Stauungshyperaemie 101.

—, Beitrag zur Pathogenese der 163.

—, Formaminttabletten bei 233.

—, Übertragung durch dritte Personen 443.

Diphtheriebehandlung, über die gegenwärtige 441.

Diphtherieserum in der Therapie der Meningitis cerebrospinalis epidemica 22.

Diphtherische Larynxstenose, zur Therapie der 162.

Dysenterie, behandelt mit Antidysenterieserum 164.

Dysmenorrhoe, Styptol bei 58, 535.

## E.

Ekzem, Theerdermassen gegen 342.

—, Thigenol gegen 343.

Embolie der Bauchorgane, Beitrag zur Kasuistik der 244.

Empyroform 185.

Emsersalz, Augenbäder mit künstlichem 6.

Erbrechen bei Bandwurmkuren, zur Verhütung des 167.

—, Anaesthesin gegen 173.

—, Peptobrom-Eigon gegen 274.

Erfrierung, Verbrennung und 102.

Ernährung, über die praktische Ausführung der kochsalzarmen 403.

Erysipel, Behandlung mit Ung. Cr   11.

—, Mesotan bei 12.

—, behandelt mit Stauungshyperaemie 102.

— des Larynx, 2 Fälle von primärem 105.

—, zur Pirogoff'schen Campherbehandlung des 106.

—, Formaminttabletten bei 234.

—, über Beeinflussung von Blutkrankheiten durch das 242.

—, behandelt mit Formol 298.

—, Chinin bei 298.

Erythema und Eczema intertrigo der Säuglinge, zur Therapie des 343.

— nodosum gonorrhoeicum bei einem Knaben, nach intravenöser Collargolinjection geheilt 91.

Erythromelalgie, acutes umschriebenes Oedem (Quinke) combinirt mit 348.

Estoral, ein neues Schnupfenmittel 455.

— Eucain, Fall von Vergiftung mit 255.

Eucain-Stovain-Adrenalin in der Zahnpraxis 432.

Euchinin gegen Keuchhusten 450.

Eucodin und Euporphin 360.

Euferin zur Behandlung der Erkrankungen der Athmungsorgane 522.

Eugatol 378.

Exantheme, zur Frage der gonorrhoeischen 492.

Expectorantien, über 537.

Extensionsverb  nde, Umsetzung der Längsrichtung in queren Zug bei 344.

Extract. filicis maris aether., Citronensaft als Brech- und Heilmittel bei Collaps nach Gebrauch von 167.

## F.

Facialislähmung, seltene Ursache einer 72,

Fachausdrücke, Erklärung einiger neuer 376, 420, 464, 518, 539.

Fadenrahmen, ein praktischer 5.

Fascol in der Gynäkologie 236.

Feigensyrup, californischer (Califig), über den therapeutischen Werth des 117.

Ferratose 49.

Fersan, über den therapeutischen Werth des 526.

Fetronpr  parate, praktische Erfahrungen mit den Liebreich'schen 140.

Fettbruch des Leistenkanals, Fall v. plötzlich auftretendem und Ileus verursachendem 13.

Fettgeschwülste am Knie- und Fussgelenk, entzündliche 77.

Fibularfracturen, zur Kenntniss der 205.

Fieber bei Lungentuberculose, die medicamentöse Behandlung des 384.

## XII

Filmaron 166.

Fingercontractur bei Diabetikern, 2 durch Thiosinamin resp. Fibrolysininjectionen erfolgreich behandelte Fälle von Dupuytren'scher 248.

Fissuren der langen Röhrenknochen, über isolirte subcutane 109, 346.

Flasche für Säuglinge, neue 281.

Fomitin bei chronischem Darmkatarrh 401.

Formamint, über den Desinfectionswerth des 435.

Formaminttabletten, über 141.  
— bei inneren Krankheiten 233.

Formicin (Formaldehyd - Acetamid), klinische Versuche mit 150.

Formol, Behandlung des Erysipels mit 298.

Fracturen, Glycosurie nach 347.

Fremdkörper, zur Casuistik verschluckter 208.

Frostbeulen s. Perniones.

Furunculosis, über die Verwendbarkeit der concentrirten Carbolsäure zur Behandlung der 299.

Furunkel, Tumenolammonium bei 201.

Fusszange, ein neues geburts-helfliches Instrument 413.

## G.

Gallenfarbstoffe, eine sehr empfindliche Reaction auf 471.

Gebärmutterblutungen, Styptol bei 58.

Gebärmuttermyome, Beitrag zur conservativen Operationsmethode bei 275.

Geburtshelferspeculum 282.

Gelatine, flüssige, als Anti-diarrhoicum und Stomachicum 70.

—, Behandlung der Diarrhoe mit flüssiger 175.

Gelenkrheumatismus, Beitrag zur Pathogenese des acuten 316.

—, acuter, Chorea und Endocarditis der Kinder 544.

Gelenktuberculose und Trauma 372.

Gelseminintoxication 543.

Genickstarre s. Meningitis.

Geschwulst und Trauma, Beitrag zur Frage nach der Beziehung zwischen 135.

Gesichtsfunke! mit metastatischen Eiterungen (subphrenischem Abscess) 300.

Gesichtslagen, lässt die Hal- tungsverbesserung bei ihnen einen besonderen Vortheil erwarten? 84.

Gesichtsneuralgien, Antipyrin- injectionen bei 175.

Gicht, Solurol (Thyminsäure) in einem Falle schwerer 338.

Gichtkranker, erfolgr. Queck- silbercur bei einem 339.

Glidin 188.

Glykosurie nach medicamentöser Quecksilberverabreichung 44.

— nach Fracturen 347.

Gonorrhoe, isolirte Lähmung des rechten Nerv. musculocutaneus nach 72.

—, Anticilloid als neues Prophylacticum gegen 110.

—, Hodengangrän bei 111.

— des Mannes, über den Werth der Gonosanbehandlung bei der 165.

—, Urogosan bei 165, 398.

—, Santyl bei 249, 398.

—, Novargan bei 250.

—, über rectale Application von Gonosan gegen 250.

—, Bemerkungen zur internen Behandlung der 397.

—, Arhovin bei 397.

—, Beitrag zur persönlichen Prophylaxe gegen die 398.

Gonorrhoe, Verhaltensmassregeln bei acuter 399.

—, ein neuer Wäscheschutz bei 400.

Gonorrhoebehandlung mit Stauungshyperaemie 492.

Gonorrhoeische Exantheme, Beitrag zur Frage: Giebt es solche? 111.

— —, zur Frage der 492.

— Lymphangitis und Gonokokkenmetastasen ohne nachweisbare Schleimhautgonorrhoe 250.

Gonosan 61, 62, 397, 399.

—, rectal bei Gonorrhoe applicirt 250.

Gonosanbehandlung, ihr Werth bei der Gonorrhoe des Mannes 165.

Greifschere 237.

Guajakol bei Pneumonie 119.

Gujasanol gegen Oxyuris vermicularis 13.

Gynochrysa Hydrargyri 35.

## H.

Haarfärbemittel, ein neues 378.

Haarzunge, ein Fall von schwarzer bei Syphilis 417.

Haematurie und Albuminurie infolge von Urotropin 308.

— durch Hefewirkung 536.

Haemoglobinurie und Haematurie im Kindesalter, über paroxysmale 153.

Haemophilie, über die blutstillende Wirkung des Paraneprhin (Merck), beobachtet in einem Falle von 198.

Haemorrhagie des Pancreas, über ein ungewöhnliches Symptom bei tödlich verlaufender acuter 199.

Haemorrhoidalblutungen, Therapie der 393.

Haemorrhoidalknoten, physikalisch-mechanische Behandlung von 212.

Haemorrhoiden, Nebennierenpräparate gegen 443.

—, hochsitzende, a. Ursache v. occulten Darmblutungen 527.

# XIV

Halsaffectionen, Stauungshyperaemie bei acuten 101.

Hand-Vibrations-Massage-Apparat „Venivici“ 565.

Harnuntersuchungen, neues Besteck für 141.

Hautepitheliom geheilt durch directe Sonnenbestrahlung 133.

Hautkrankheiten, Fortschritte in der Behandlung der 184.

Hefewirkung, Haematurie durch 536.

Heisswasser-Alkoholinfektion nach Ahlfeld auf der geburtshülflichen Abtheilung des Frauenspitals Basel-Stadt 4.

—, ihr Werth für die Geburtshilfe 549.

Helmitol, Dauerbehandlung der Harnbeschwerden infolge Prostatahypertrophie mit 84.

Hemeralopie, behandelt mit Lebersubstanz 331, 521.

Hemicrania ophthalmica, über 355.

Herpes labialis, behandelt mit 6%igem Jodvasogen 301.

— laryngis et pharyngis, über 301.

Herzinsufficienz, combinirte Verordnungen von Arzneimitteln 280.

Herzkrankheiten, über die moderne Therapie der chronischen 556.

Herz- und Magendarmleiden, über die Wechselbeziehungen zwischen 446.

Herzneurose und Arteriosclerose nach Trauma, Fall von 528.

Herztöne, weitere Erfahrungen über die frühzeitige Hörbarkeit der foetalen 85.

Hetolbehandlung, ihre Indication und Technik für den pract. Arzt 326.

Heufieber-Conjunctivitis, Notiz zur Therapie der 8.

Hodengangrän bei Gonorrhoe 111.

Hydrarg. bijodat. bei Diphtherie 10.

Hydrops cardialen Ursprungs, 2 historische Recepte gegen 232.

Hyperacidität, über die Behandlung der 495.

Hyperaemie, Behandlung der Mückenstiche mit 541.

Hyperaemiebehandlung d. Lungentuberculose 551.

Hyperemesis gravidarum, künstliche Unterbrechung der Schwangerschaft wegen 86.

Hyperidrosis, behandelt mit Lenicet 305.

Hypertrichosis graviditatis, ein bisher nicht beachtetes Schwangerschaftssymptom 317, 318.

Hysterie, Arsen-Ferratoxe bei 50.

Hysterisches Zittern, über 112.



## I.

Ichthalbin bei Darmtuberculose 38.

Ichthyol-Resorcin bei Perniones 313.

Ichthyolmenthol bei Neuralgien 177.

Ichthyosis circumscripta der Areola mammae 168.

Icterus als Complication des Scharlachs 219.

Infection, Bedeutung derselben für den Neugeborenen und Säugling 457.

Influenza, d. chronischen Krankheiten der Athmungsorgane nach 15.

—, zu ihrer Diagnose und zur Pathologie ihrer Symptome 17.

—, Aspirin-Chinin bei 168.

—, Pyrenol bei 215.

Influenzabacillen, eine primäre, nicht gonorrhoeische Urethritis mit auffallend reichlichen 16.

Infusionsbomben 524.

Inhalirpfeife zur Verdampfung aetherischer Öle 423.

Injection, zur Behandlung hartnäckiger Ischiasfälle mit perineuraler 408.

Injection-Anaestheticum, ein neues cocainfreies 432.

Injectionsetui, ärztliches 188.

Injectionstherapie bei Neuralgien, über 409.

Instrumente, 2 Assistenz ersetzende 143.

Intertrigo der Säuglinge, Thioform gegen 343.

Ischias, Antipyrininjectionen bei 175.

Ischiasfälle, zur Behandlung hartnäckiger — mit perineuraler Injection 408.

Isopral, über das 146.

Itrol Crédé in verbesserter Aufmachung 293.

## J.

Jävol, über Dermatitis nach dem Gebrauche von 344.

Jod-Catgut, trockenes 195.

Jodbenzindesinfection, über 388.

Jodipinanwendung, zur subcutanen 262.

Jodkalium-Injectionen bei Syphilis, intravenöse 222.

Jodvasogen bei Herpes labialis 301.

Jothion, über das 137.

—, therapeutische Verwendbarkeit des 127.

## K.

Kal. jodat., acute Schwellung der Thyroidea auf 143.

Kaliumpermanganat als billiges lokales Haemostaticum 59.

## XVI

- Kampfer bei Lungenkranken 418.
- Kankroin-Therapie, Beitrag zur 554.
- Katheter, Instrument zur aseptischen Einführung weicher 435.
- Kehlkopf, Beitrag zur Diagnostik der Tuberculose und Lues des 31.
- Kehlkopftuberculose, ist sie als Indication zur künstlichen Unterbrechung der Schwangerschaft anzusehen? 38, 86.
- , Behandlung der 92, 93.
- Keuchhusten s. Pertussis.
- Kinderpneumonie, zur Casuistik der cerebralen 499.
- Lacto, Erfahrungen über 478.
- Larynxerysipel, 2 Fälle von primärem 105.
- Larynxstenose, zur Therapie der diphtherischen 162.
- Lebersubstanz, zur Behandlung der Hemeralopie mit 521.
- Lecithin, über den therapeutischen Werth desselben und der lecithinhaltigen Nährpräparate (Lecithogen) 50.
- Lecithin-Perdynamin 477.
- Lecithogen 50.
- Leistenbruch, spontane Reposition von innen bei einem eingeklemmten 251.
- Lenicet* bei Hyperidrosis 305.
- Lenigallol* 185.
- Kleinhirnbrückenwinkelgeschwulst, Fall von 515.
- Klumpfuß s. *Pes varus*.
- Knochencarcinose, unter den Erscheinungen der perniciosen Anaemie verlaufend 274.
- Knötchen ungewöhnlicher Art, ein schmerzhaftes 133.
- Kohlenoxydvergiftung, über Ernährungsstörungen des Gehirns und der Haut nach 65.
- Kongress für innere Medicin, 23. 331.
- Kopfstütze, praktische neue 466.
- Kuhmilch als Ursache acuter Ernährungsstörungen bei Säuglingen 137.
- ## L.
- Leuchtgasvergiftung, über Ernährungsstörungen des Gehirns und der Haut nach 65.
- Leucoderma psoriaticum, über 360.
- Leukoplast - Behandlung des Ulcus cruris 95.
- Lichen chron. simplex, Pittylen bei 203.
- , Thigenol gegen 343.
- Litonbrode 8.
- Lokalanästhesie in der Zahnheilkunde 97.
- Lues s. Syphilis.
- Lumbalanästhesie mit Stovain 51.
- Lumbalanästhesirung, ein Fall von Abducenslähmung nach 386.

Lungencarcinom, primäres, mit Metastase in den Bronchialdrüsen und im Gehirn 554.

Lungengangrän, geheilt durch Creosotal 116.

Lungentuberculose und Schwangerschaft, nach Beobachtungen im Hochgebirge 37.

—, Styracol bei 224.

—, Praevalidin bei 225.

—, über Appetitlosigkeit und appetitanregende Mittel bei 461.

—, Erfahrungen mit Marmoreks Serum bei 463.

Lungentuberculose, zur Behandlung mit künstlichem Pneumothorax 463.

—, über Hyperaemiebehandlung der 551.

— s. auch Tuberculose.

Luxation des Os lunatum carpi, volare, und ihre Behandlung 107.

Lymphangitis, gonorrhoeische, und Gonokokkenmetastasen ohne nachweisbare Schleimhautgonorrhoe 250.

Lysoform, sein Desinfectionswerth bei mässig erhöhter Temperatur 337.

## M.

Magen, über den Einfluss der Amara auf die Magenverdauung bei verschiedenen Erkrankungen des 257.

Magenblutungen, über die Prophylaxe der 484.

— bei sehr kleinen Magengeschwüren, über tödtliche 486.

— und Darmblutungen, Therapie der 391.

Magendarm- und Herzleiden, über die Wechselbeziehungen zwischen 446.

Magengeschwür s. Ulcus ventriculi.

Magolan bei Diabetes mellitus 488.

Malonal gegen Agrypnie 335.

Maretin, über die antirheumatische und antineuralgische Wirkung des 121.

Maretin, Erfahrungen mit 253.

— gegen das Fieber Tuberculöser 364, 417, 460.

Maretinbehandlung bei Phthisis pulmonum und acutem Gelenkrheumatismus, klinische Erfahrungen über 170.

Maretin-Vergiftung 169.

Masern, Abreibungen des Körpers mit 1%igem Carbolwasser bei 43.

Massage bei Wunden 375.

Maximalthermometer 469.

Mediastinaltumor, maligner, mit aussergewöhnlich schnellem Verlauf 514.

Melioform, ein neues Desinfiens 336.

— als Desinfectionsmittel für Hände und Instrumente 336.

## XVIII

Meningitis cerebrospinalis epidemica, zur Kenntniss der 20.

— — —, das Diphtherieserum in der Therapie und Bekämpfung der 22.

— — —, Pilocarpin bei 71.

— — —, zur Behandlung derselben mit Collargol 71.

— — —, das jodsaure Natrium und die 351.

— — —, die Meningococcenpharyngitis als Grundlage der 352.

— luetica, Fall von 510.

Meningococcenpharyngitis als Grundlage der epidemischen Genickstarre 352.

Menstruation, ihre Beeinflussung durch cerebrale Herdkrankungen 129.

—, Fall von vicariirender — unter dem Bilde des Morbus macul. Werlhofii 198.

—, ihr Verhalten während des Stillens 415.

Mesotan bei Erysipel 12.

Metaplasma, eine neue Art Verbandstoff 120.

Metharsinate Clin bei schwerer Psoriasis 502.

Migräne, über die 540.

Migraenin-Exanthem, Fall von 390.

Migraeninvergiftung, zur Kenntniss der 542.

Mineralwassertabletten 187.

Mitin 186.

Mitralinsuffizienz, veranlasst durch Trauma 229.

Mitralstenose, Recurrenslähmung bei 279.

Morphin, zur Indication und Dosirung des 22.

Morphium - Scopolamin - Narkose, der Tod in der 2.

Mückenstiche, Bengué-Balsam bei 253.

—, behandelt mit Hyperaemie 541.

Mutterkorn, über einen neuen, wirksamen, wasserlöslichen Bestandtheil des 87.

Myome der Gebärmutter, Beitrag zur conservativen Operationsmethode bei 275.

Myxödem, zur Thyreoidbehandlung der Basedow'schen Krankheit und insbesondere ihrer Combination mit 535.

## N.

Naevi vasculosi, zur Behandlung der 42.

Narkose, die physiologische — und ihr Heilwerth für die Praxis 1.

—, gegen die Excitation in der 288.

Nasenspüler, dauerhafter 126.

Nasensyphilis, Beitrag zur Kenntniss der gummösen 510.

Natrium jodicum bei Cerebrospinalmeningitis 351.

Nebenhoden, Erkrankung desselben im Frühstadium der Syphilis 31.

Nebennierenpräparate gegen Haemorrhoiden 443.

Nephritiden, Einfluss acuter Infektionskrankheiten auf chronische 116.

Nephritis, Urotropin bei Scharlach zur Verhütung von 23.

— scarlatinosa, zur Prophylaxe der 24.

—, zur Behandlung der 116.

—, Chloralhydrat bei 116.

—, über die praktische Ausführung der kochsalzarmen Ernährung bei 403.

Neptunskappe 550.

Nervöse Schmerzen, zur Therapie der 355.

Nervus cruralis und obturatorius, über Narcoselähmung des 386.

— musculocutaneus, isolirte Lähmung desselben nach Tripper 72.

Neuralgieen, Maretin bei 121.

—, Antipyrininjektionen b. 175.

—, Ichthyolmenthol bei 177.

—, Salit bei 315.

Neuralgieen, Benzosalin bei 316.

—, Vesipyrin 316.

—, über Injectionstherapie bei 409.

Neurasthenie, Arsen-Ferratoase bei 50.

—, Beitrag zur Verwendung des Sanatogens bei sexueller 524.

Neurasthenische Agrypnie, physikalische Therapie der 145.

Neuritis, über urämische 406.

Neuronal bei Psychosen 430.

Neurosen, Bornyval bei traumatischen 307.

Nierenblutung, ein Fall von essentieller 394.

Novargan bei Gonorrhoe 250.

Novokain 148.

—, poliklinische Erfahrungen mit dem neuen Lokalanaestheticum 147.

— in der Urologie 482, 483.

Novokain-Suprarenin, über Lokalanästhesie mit 381.

Nucleogen, über subcutane Injectionen von 242.

Nylandersche Zuckerprobe, Hemmung derselben bei Quecksilber- und Chloroformharn 246.

## O.

Obstipatio, Calig bei 117.

—, neue Beobachtungen zur Erklärung und zur rationalen Behandlung der chronischen habituellen 117.

Obstipatio, über den Missbrauch medicamentöser Abführmittel bei habitueller 213.

— der Brustkinder, über die Anwendung von Oelklystieren bei der chronischen 410.

Obstipation, zur Behandlung der chronischen 411.

Oedem des Säuglings, zur Kenntnis des idiopathischen 115.

—, acutes umschriebenes, combinirt mit Erythromelalgie 348.

Oelklystiere bei der chronischen Obstipation der Brustkinder, über die Anwendung von 410.

Oesophagus, Thiosinamininjectionen bei einer Narbenstuctur des 221, 459.

Ohrenheilkunde, zur Lokalanaesthesie in der 431.

Ohrensausen, Valyl gegen 378.

Ohrerkrankungen im Säuglingsalter, tuberculöse 35.

Ohrensausen infolge Tuberkularrhs, Tinct. Cimifugae racemosae gegen 143.

Ohrenstechen, Hohnadel zum 470.

Pachydermia laryngis, Salicylalkoholpinselungen bei 142.

Pankreas, über ein ungewöhnliches Symptom bei tödlich verlaufender acuter Haemorrhagie des 199.

Pankreaserkrankungen während des Diabetes 247.

Panzerschamm 283.

Paraffininjectionen bei Sattelnase, Schädigungen des Auges nach 189.

Paralyse der Kinder, schmerzhafte 73.

Operationswunden, ein Vorschlag zur Erzielung keimfreier 434.

Ophthalmoblennorrhoe und 1%ige Höllensteinlösung 491.

—, Sophol zur Verhütung der gonorrhoeischen 491.

Orthoform bei Kehlkopftuberculose 93.

Orthoformdermatitis, Pruritus ani und 314.

Ovoferrin 193.

Oxyuris vermicularis, Guajanol gegen 13.

Ozaena, Petroleum bei 24.

—, Phenolum natriosulforicinium bei Rhinitis atrophica cum 24.

—, genuine (sowie nicht fötide Rhinitis) behandelt mittels der permanenten Tampnade 123.

— s. auch Stinknase.

## P.

Paranephrin (Merck), blutstillende Wirkung desselben bei einem Falle von Haemophilie 198.

Pemphigus der Säuglinge, über den nichtsyphilitischen 450.

Penisklemme, eine neue 166.

Pentosurie, über eine bisher nicht beachtete Quelle der 440.

Pepsin-Salzsäure als Stomachicum beim Säugling 493.

Peptobrom-Eigon gegen Erbrechen 274.



Perdynanamin 477.

„Perfect“, Suspensorien 140.  
Perhydrol-Anwendungen, über 470.

Perniones, Calcaria chlorata bei 312.

—, Rezeptformeln gegen 310.

—, Ichthyol-Resorcin bei 313.

Pertussis, zur Vaporinbehandlung der 214.

—, Pyrenol bei 215.

—, Aristochin und Euchinin bei 450.

—, mit schweren Symptomen bei einem Erwachsenen 450.

Pes valgus, Heftpflasterverbände zur Behandlung des statischen 74.

— varus beim Neugeborenen und Säugling, die Behandlung des 451.

Petroleum bei Ozaena 24.

Pfählungsverletzung, ein Fall von geheiltem Tetanus traumaticus nach 210.

Pflanzendermatitis, eine neue 343.

Phenolcampher, über die Behandlung der chirurgischen Infektionen mit 12.

—, Behandlung acuter und chronischer Eiterungen mit 467.

Phenolum natriosulfuricinicum bei Rhinitis atrophica cum Ozaena 24.

Phlegmonen, Zinkperhydrol bei 152.

Phosphorvergiftung mit Hirnhaemorrhagie, ein Fall von acuter 541.

Pillulae hydragogae 232.

Pilocarpin bei Genickstarre 71.

Pittysten, ein neues Theerpräparat 203.

Pityriasis, Pittysten bei 204.

—, Thigenol gegen 343.

Placenta praevia, über die Wendung bei 547.

Plattfuss s. Pes valgus.

Plenulae Blaudii 193.

Pneumin bei Tuberculose 367.

Pneumococcen-Peritonitis, ein Fall geheilt 356.

Pneumonie, die äusserliche Anwendung des Guajakols in der Behandlung der 119.

—, über die Serumbehandlung der fibrinösen 120, 359.

—, direkte Behandlung der croupösen 178.

—, behandelt mit dem Pneumococcenserum 258.

—, ein Vorschlag für die Behandlung der 259.

—, Coffeinbehandlung der 259.

—, zur Behandlung der croupösen 497.

—, über Zuckerausscheidung im Urin bei croupöser 500.

Pneumonien, über eintägige 177.

Pneumothorax, zur Behandlung der Lungenphthise mit künstlichem 463.

Praevalidin, Behandlung der Lungentuberculose mit 225.

Primäraffect, seltene Localisation eines luetischen 417.

## XXII

Proponal gegen Agrypnie 333, 334, 335, 429, 430.

Prostatahypertrophie, behandelt mit Röntgenstrahlen 82.

—, Helmitol bei Harnbeschwerden infolge 84.

— und Diabetes 159.

Protargol bei Kehlkopftuberculose 93.

—, in der Augenpraxis 197.

Protargolvaseline als Verband-salbe 186.

Protosal bei Rheumatismen 215.

Prurigo, Tumenolammonium bei 202.

—, Thigenol gegen 343.

—, haemorrhagica, über 501.

Pruritus, Tumenolammonium bei 202.

— ani, zur radicealen Behandlung des 313.

— — und Orthoformdermatitis 314.

Quecksilbereinspritzungen, über schmerzlose subcutane 416.

Quecksilberkur bei einem Gichtkranken, erfolgreiche 339.

Rachentonsille, periodisch wiederkehrende Blutungen aus derselben unmittelbar vor Eintritt der Menstruation 60.

*Radiophor* 45.

Pruritus vulvae, Thigenol gegen 343.

—, Anaesthesin bei 488.

Pseudo-Osteomalacie, über syphilitische und hysterische 264.

Psoriasis, Thigenol gegen 343.

—, ein Fall von traumatischer 362.

—, Chrysarobin-Dermasan bei 363.

—, über Heilwirkung der Metharsinate Clin bei schwerer 502.

Psychosen, Neuronal bei 430.

Puerperalfieber, zur Verhütung des 320.

—, zur Aetiologie des 320.

Purgen-Vergiftung, über 17.

Pyämie, zur Kenntniss der otischen 89.

Pyrenol 540.

— bei Keuchhusten 215.

## Q.

Quecksilberverabreichung, ein Fall von Glykosurie nach medicamentöser 44.

Quillajarindendecoct, die Behandlung der oberen Luftwege mit 455.

## R.

Recepte v. C. Gerhardt, alte 401.

Rectum, Fall von Tuberculose des 38.

Recurrenslähmung bei Mitralstenose 279.

Resorcinpaste, lebenbedrohende Intoxikation bei Anwendung 50%iger 67.

Rheumasol bei Rheumatismen 215.

Rheumatismen, Mæretin bei 121.

—, Metaplasma acidi salicylici bei 121.

—, Rheumasol bei 215.

—, Protosal bei 215.

—, Salit bei 315.

Saccharinvergiftung, acute 350.

Sajodin, über 415, 530.

Salicyl-Nierenreizung, kann man sie durch Alkaligaben verhüten? 522.

Salicylalkoholpinselungen bei Pachydermia laryngis 142.

Salimenthol 545.

Salit 315.

Sanatogen, hat es Berechtigung, auch bei functionellen Nervenerkrankungen und im Säuglingsalter verwendet zu werden? 494.

— bei sexueller Neurasthenie 524.

Santyl, ein neues Antigonorrhoeicum 249, 398.

Santonin, neue Harnprobe auf 521.

Sapal 150.

— als Brillenglanz 234.

Scabies, Tumenolammonium bei 202.

—, Thigenol gegen 343.

Rheumatismen, Benzosalin bei 316.

—, Vesipyrin bei 316.

Rhinitis atrophica cum Ozaena, Phenolum natriosulforicinium bei 24.

Rippenscheere, neue 422.

Röntgenbehandlung bei Prostatahypertrophie 82.

— bei Hauterkrankungen, die Indicationen der 377.

## S.

Schalldämpfer 473.

Scharlach, Abreibungen des Körpers mit 1%igem Carbolwasser bei 43.

—, Moser'sches Serum bei 218, 219.

— complicirt mit Icterus 219.

— s. auch Nephritis.

Scharlachserum, die Behandlung des Scharlachs mit dem Moser'schen 218, 219.

Scheidenspiegel, selbsthaltender 143.

Schlachtfeld, der erste Verband auf dem 433.

Schlafsucht bedingt durch Carcinometastase im Gehirn 272.

Schlammart, über die Heilwirkungen einer neuen 282.

Schnupfen der Säuglinge, die Behandlung des 216.

Schwangerschaft und Lungentuberculose, nach Beobachtungen im Hochgebirge 37.

## XXIV

- Schwangerschaft, hochgradige Blutung bei einer Gravida ohne Unterbrechung der 341.
- , über seltenere Indikationen zur Unterbrechung derselben infolge innerer Krankheiten 503.
- und Tuberculose 506.
- Schwangerschaftssymptom, Halban'sches 317, 318.
- Scrophuloderma, über die Verwendbarkeit der concentrirten Carbolsäure zur Behandlung des 299.
- Scrophulose, einige Bemerkungen über die Therapie der 552.
- Seekranke, für 321.
- Seekrankheit, acute Struma als Folge von 322.
- , Validol bei 322.
- Seeschlick 282.
- Sepsis, Aronson's Antistreptokokkenserum bei puerperaler 219.
- chronica, geheilt durch Streptokokkenserum 458.
- Septicämie, über zwei durch Collargolinjection geheilte Fälle von 220.
- Serumbehandlung der fibrinösen Pneumonie 120, 359.
- Skleroderma, Dermatolzinksalbe bei einem Falle von diffusum 179.
- Solurool, (Thyminsäure) und seine therapeutische Wirkung in einem Falle von schwerer acuter Gicht mit *Chiragra* 338.
- Sonde, die armirte 295.
- Sonnenbestrahlung, über Heilung eines Hautepithelioms durch directe 133.
- Sophol, zur Verhütung der gonorrhoeischen Ophthalmoblennorrhoe mit 491.
- Sorisin als Lactagogum 332.
- Sperrhaken, ein neuer 43.
- Spirochaete pallida, die 33, 223.
- Spitzenpneumonie und Tachycardie 260.
- Spuckflasche, verbesserte 187.
- Stärke bei Durchfall und Halsbeschwerden 256.
- Stauung, über die Behandlung der Arthritis gonorrhoeica mit Bier'scher 111.
- und Druckbehandlung bei Entzündungen, über partielle 522.
- Stauungshyperaemie, über die Behandlung acuter Halsaffectionen mittels 101.
- bei acuten Eiterungen 235.
- bei Augenkrankheiten 293.
- , Behandlung der Knochenbrüche mit 345.
- , die Gonorrhoebehandlung mit 492.
- bei Blutern 536.
- Sticknase, über Wasserstoff-superoxydbehandlung bei hochgradiger 122.
- Stomatitis aphthosa, recidivirende 550.
- Stovain, Lumbalanästhesie mit 51.
- als locales Anaestheticum 52.

*Strophulus infantum*, Pittylen bei 204.

Streptokokkenserum, chronische Sepsis geheilt durch 458.

Struma acuta als Folge von Seekrankheit 322.

Strychnininjectionen, die Behandlung des Diabetes insipidus mit 441.

Styptogan gegen Blutungen 339.

Styptol bei Gebärmutterblutungen u. Dysmenorrhoe 58, 535.

Styracol zur Behandlung der Lungentuberculose 224, 462.

—, über die therapeutische Wirkung des 323.

Sublimatinjectionen als reguläre Syphilisbehandlung, wöchentliche grosse 127.

Suspensorien, eine Verbesserung an den 140.

## T.

Tachycardie, Spitzenpneumonie und 260.

Tamponade, die Behandlung der genuinen Ozaena (sowie der nicht fötiden atrophischen Rhinitis) mittels der permanenten 123.

Taschenbesteck, neues 188.

Telephon-Desinfector, der Percy-Simundt'sche 194.

Tendinitis achillea arthritica 270.

— — traumatica 269.

Tetanus, Versuche über seine Behandlung mit Brom 323.

Syphilis des Kehlkopfes, Beitrag zur Diagnostik der Tuberculose und 31.

—, über Erkrankung des Nebenhodens im Frühstadium der 31.

—, einige Bemerkungen über die Behandlung der 127.

—, Jothion bei 127.

—, ein Vorschlag zur Therapie der 221.

—, intravenöse Jodkalium-Injectionen bei 222.

—, ein Fall von schwarzer Haarzunge bei 416.

—, über Entzündung der Netzhaut und der Sehnerven infolge von angeborener 508.

Syphilisbehandlung, wöchentliche grosse Sublimatinjectionen als reguläre 127.

Tetanus traumaticus 323.

— — nach Pfählungsverletzung, ein Fall von geheiltem 210.

— —, Heilung eines Falles von 513.

— nach Abort, ein Fall von puerperalem 512.

—, postoperativer 513.

Teuton, Zimmerturnapparat 235.

Theerdermasan 342.

Theerpräparate, über alte und neue 342.

Thermokauter Paquelin, zum 469.

Thigenol 342.

Thioform gegen Erythema und Eczema intertrigo der Säuglinge 343.

Thiosinaminbehandlung 184.

Thiosinamingebrauch, Temperatursteigerung nach 363.

Thiosinaminjectionen bei einer Narbenstrictur des Oesophagus 221, 459.

Thränensack, Tuberculose des 368.

Thyreoidea, acute Schwellung derselben auf Jodkali 143.

Thyreoiditis, ein Fall von acuter nicht eitrig 291.

Tonsillarinstrument, ein neues 331.

Torfmuß, Lagerung unreiner Kranker auf 424.

Trachealhaken zum Gebrauche beim Canülenwechsel 10.

Trauma und Geschwulst, Beitrag zur Frage nach der Beziehung zwischen 135.

—, Fall von Mitralinsuffizienz, veranlasst durch 229.

— und Gelenktuberculose 372.

—, Fall von Herzneurose und Arteriosclerose nach 528.

Trichophytie, zur Behandlung der 43.

Triferrin bei Magenkrankheiten, über die Verträglichkeit des 525.

Triferrol, Erfahrungen mit 478.

Trommelfell, eine eigenartige Verbrennung des 104.

Tuberculintherapie in der ambulanten Behandlung und bei Fiebernden 324.

Tuberculöse Disposition, über ein anatomisches Stigma der angeborenen 226.

— Ohrerkrankungen im Säuglingsalter 35.

Tuberculose des Rectums, ein Fall von 38.

—, künstliche Unterbrechung der Schwangerschaft wegen 86.

—, Styracol bei 323, 462.

—, Tuberculintherapie der 324.

—, Hetol bei 326.

—, Antituberculosenserum von Marmorek gegen 364, 419, 463.

—, Maretin bei 364, 417, 460.

—, Pneumin bei 367.

— des Thränensacks 368.

—, Kampf bei 418.

—, medicamentöse Behandlung der 461.

— und Schwangerschaft 506.

— des Menschen, ihre Beziehungen zur Perlsucht des Rindes 551.

— s. auch „Lungentuberculose“.

Tumenolammonium und seine Verwendung in der Dermatotherapie 200.

Tumenolbehandlung von Hautkrankheiten 185.

Tutulin 562.

Typhus abdominalis, zur Wasserbehandlung des 39.

Typhuskranke, der Ebert'sche Bacillus im Urin von 41.



## U.

Ulcera molliä, über extragenitale 179.

Ulcus cruris, Leukoplast-Behandlung des 95.

— —, Balsam. peruv. bei 96.

— —, Zinkperhydrol bei 152.

— —, Airol-Zinksalbe bei 169.

— molle, über Wärmebehandlung des 180.

— venereum des Fingers mit Cubitaldrüsen-Bubo, Fall von 397.

— ventriculi, zur Therapie des 227, 276, 329.

— —, über die diätetische Behandlung des 327.

Unfallpraxis, ein interessanter Fall aus der 209.

Ung. Credé bei Erysipel 11.

Unterkieferbrüche, Celluloid als Schienungsmaterial bei 204.

Urethritis, primäre, nicht gonorrhöische, mit auffallend reichlichen Influenzabacillen 16.

Urogosan, ein neues sedatives Blasenantisepticum 165.

— bei Gonorrhoe 398.

Urotropin bei Scharlach zur Verhütung von Nephritis 23.

—, Haematurie und Albuminurie infolge von 309.

Urticaria acuta mit besonderer Complication 182.

— catamenialis, Fall von 183.

— auf Grund physischer Störung, ein Fall von 183.

## V.

Vaginalspeculum, ein neues 562.

Validol gegen Seekrankheit 322.

Valyl gegen Ohrensausen 378.

Vaporinbehandlung des Keuchhustens 214.

Venivici 565.

Verband bei Massenimpfungen 283.

Verbrennung und Erfrierung 102.

Verbrennung des Trommelfells, eine eigenartige 104.

—, Zinkperhydrol bei 152.

Verdauungskrankheiten, Blut und Blutungen bei 391.

Veronal, Selbstmord durch 350.

Veronalvergiftung, ein Fall von 170.

Vesipyryn, ein neues Antirheumaticum und Harndesinficiens 316.

## W.

Wärmebehandlung des Ulcus molle 180.

Wäscheschutz bei Gonorrhoe, neuer 400.

Wasserstaubdouche 295.

Wasserstoffsperoxyd - Behandlung bei hochgradiger Stinknase 122.

## XXVIII

Wattebüchse, sterilisierbare 234.  
Westerland, über das Nordsee-  
bad 473.

Wismuthbrandbinden, Vergif-  
tung nach Gebrauch der 18.

Wochenbett, Beitrag zur Ca-  
suistik der nervösen Er-  
krankungen im 546.

Wöchnerinnen, zur Behandlung  
fiebernder 27.

Wunden, Balsam. peruv. bei  
96.

—, Zinkperhydrol bei 152.

—, Massage bei 375.

## Z.

Zahnheilkunde, die Local-  
anästhesie in der 97.

Zangen- und Bindenhalter 143.

Zinkperhydrol, ein neues Wund-  
mittel 152.

—, über die Behandlung von  
Brandwunden mit 440.

Zittern, über hysterisches 112.

Zuckerbestimmung im Harn  
mittels einer Modifikation  
der Trommer'schen Probe  
489.

Zunge, über eine eigenthüm-  
liche Veränderung derselben  
bei Insufficienz des Herzens  
374.

Zwilling, Fall von verzögerter  
Geburt des zweiten 25.

## Bücherschau.

v. Bardeleben, Lehrbuch der  
systematischen Anatomie des  
Menschen 239, 475.

v. Boltenstern, Die Vergif-  
tungen 47.

Brügelmann, W., Die Be-  
handlung von Kranken durch  
Suggestion 475.

Brühl, Grundriss und Atlas  
der Ohrenheilkunde 192.

Buxbaum, B., Compendium  
der physikalischen Therapie  
191.

Cohn, Leitfaden d. Elektrodiag-  
nostik u. Elektrotherapie 428.

Crämer, Fr., Dermatologie 476.

Eichhorst, Handbuch der spe-  
ziellen Pathologie und The-  
rapie 238.

Francke, K., Die Orthodia-  
graphie 380.

Franze, P. C., Technik, Wir-  
kungen u. Indikationen d. Hy-  
dro-Elektrotherapie bei Ano-  
malien des Kreislaufes 379.

Goldscheider, Ueber natur-  
gemässe Therapie 428.

Grashey, Atlas typischer  
Röntgenbilder von normalen  
Menschen 46.

Hödlmoser, Das Rückfall-  
fieber 567.

Hünerfauth, G., Trink- und Badekuren zu Hause 565.

Jessner, Dermatologische Vorträge für Praktiker 378, 567.

Joseph, M., Lehrbuch der Hautkrankheiten 47.

Kantorowicz, E., Praescriptiones 566.

Kehr, Die interne und chirurgische Behandlung der Gallensteinkrankheit 427.

Klatt, H., Ueber die traumatische Entstehung innerer Krankheiten 379.

Lexikon, Diagnostisch-therapeutisches 426.

v. Leyden und Klemperer, Die deutsche Klinik am Eingange des 20. Jahrhunderts 46, 239.

Liebmann, A., Vorlesungen über Sprachstörungen 284.

Magnus, H., Schiller als Arzt 48.

Manninger, V., Die Heilung lokaler Infectionen mittels Hyperaemie 567.

Marwedel, Grundriss und Atlas der allgemeinen Chirurgie 192.

Medicinalkalender pro 1906, 144, 240.

Monti, Kinderheilkunde in Einzeldarstellungen 475.

Onodi, A. und Rosenberg, A., Die Behandlung der Krankheiten der Nase und des Nasenrachens 379.

Pincus, L., Atmokaussis und Zerstokaussis 476.

Preiswerk, G., Lehrbuch und Atlas der zahnärztlichen Technik 380.

Rauber, Lehrbuch der Anatomie des Menschen 566.

Riedinger, J., Ueber Schlottergelenke 379.

Rosenthal, J., Fortschritte in der Anwendung der Röntgenstrahlen 474.

Roth, Sehprüfungen 565.

—, Verwechslung-Sehproben 565.

Rotter, E., Typische Operationen 192.

Salge, B., Der acute Dünndarmkatarrh des Säuglings 475.

Schilling, Kompendium der ärztlichen Technik 238.

Schön, W., Das Schielen 476.

Schwalbe, Vorträge über praktische Therapie 48.

Sobotta, Atlas der descriptiven Anatomie des Menschen 474.

Sommer, E., Ueber Ischias 567.

Stadler, H., Aseptische Operationen im Privathaus 567.

Waldschmidt, „Der Alkoholismus“ 426.

Wegele, C., Diagnostik und Therapie der Magen- und Darmerkrankungen 379.

Witzel, Wenzel u. Hackenbruch, Die Schmerzverhütung in der Chirurgie 427.

Wolff-Eisner, Das Heufieber und seine Behandlung 474.

v. Ziemssen, Klinisches Rezepttaschenbuch 332.

# Namen-Verzeichniss.

## A.

- Abel, K. (Berlin) 58.  
 Abenhausen (Berlin) 502.  
 Adam, C. (Berlin) 386.  
 Alexander, A. (Berlin) 55.  
 — M. (Berlin) 525.  
 Amende, D. (Berlin) 397.  
 Apolant, E. (Berlin) 167.  
 v. Arlt, F. R. (Wien) 293, 295.  
 Arman, A. (Pisa) 342.  
 Arndt, E. (Herne i. W.) 164.  
 Aronheim (Gevelsberg) 13, 96,  
 362, 532.  
 Assmy, H. (Berlin) 360.  
 Aufrecht (Berlin) 149.  
 — (Magdeburg) 281.  
 Axenfeld (Freiburg i. B.) 196,  
 368.  
 Axmann (Erfurt) 45.

## B.

- v. Baracz, R. (Lemberg) 270.  
 Bardach, L. (Kreuznach) 50.  
 Bartholdy, K. (Wiesbaden) 150.  
 Baumgarten, E. (Budapest) 24,  
 93, 142.  
 Bayer, L. (Hatzfeld) 178.  
 Bechhold, H. (Frankfurt a. M.)  
 246.  
 Bechtold, A. (Würzburg) 177.  
 Becker, E. (Charlottenburg) 140.  
 Beer, H. (Wien) 320.  
 Benfey, A. (Berlin) 170, 364.  
 Bergell, P. (Berlin) 8, 316.  
 Bernhardt, M. (Berlin) 72, 534.  
 Bilharz, A. (Sigmaringen) 461.  
 v. Biltzingslôwen, K. (Berlin)  
 316.  
 Binz, C. (Bonn) 312, 450.  
 Bittorf, A. (Leipzig) 499.  
*Bleibtreu, L. (Cöln) 157.*  
*Bloch, R. (Prag) 435.*

- Blum, L. (Berlin) 272.  
 — L. (Strassburg) 105.  
 — R. (Znaim) 187.  
 Blumm (Bayreuth) 282.  
 Bluth, G. (Charlottenburg) 338.  
 Boas, J. 484, 495.  
 Bogdanik, J. (Krakau) 422.  
 Born W. (Edernissen) 11.  
 Boss, S. (Strassburg) 165.  
 Bottstein, H. (Hamburg) 398.  
 Bourget (Lausanne) 441.  
 Brassert, H. (Leipzig) 305.  
 Braun, K. L. (Wien) 494.  
 Brieger (Cosel) 166.  
 Brinitzer, E. (Bern) 363.  
 Brix (Posen) 15.  
 Bruck, Fr. (Berlin) 123.  
 Bruhns, C. (Berlin) 377.  
 Bruns, H. (Gelsenkirchen) 13.  
 v. Bruns (Tübingen) 252.  
 Bürgi, E. (Bern) 543.  
 Bukowski, R. (Teschen) 219.  
 Burckhardt, O. (Arosa) 37.  
 Buschan, G. (Stettin) 565.  
 Buschke, A. (Berlin) 111.

## C.

- Chlumsky, V. (Krakau) 12.  
 Classen, K. (Grube) 450.  
 Cohn, A. (Berlin) 536.  
 Cohn, E. (Bonn) 70.  
 — M. (Berlin) 149.  
 — P. (Frankfurt a. M.) 16.  
 Courant (Breslau) 62.  
 v. Crippa, J. F. (Halle) 35.  
 Cronquist, C. (Norköpping) 398.  
 Czillag, J. (Budapest) 143.

## D.

- Danielsen (Marburg) 147.  
 Daxenberger, F. (Regensburg)  
 356.

Delavilla, A. (Wien) 478.  
 Deutsch, E. (Wien) 397.  
 Deutschländer, C. (Hamburg)  
   345.  
 Ditzel (Hanau) 43.  
 Döderlein (Tübingen) 153, 434.  
 Doeven speck, W. (Essen) 222.  
 Donath, J. (Wien) 554.  
 Drehmann, G. (Breslau) 269.  
 Dreuw (Hamburg) 42.  
 Dreyer (Köln) 343.  
 Dreyfuss, G. (Heidelberg) 430.  
 Dunger, R. (Dresden) 406.

**E.**

Ebersbach, R. (Wien) 335.  
 Eberson, M. (Tarnow) 413.  
 Eckert, K. (Halle) 224.  
 Edlefsen, G. 351.  
 Ehrlich, Fr. (Stettin) 350.  
 — K. (Wesel) 467.  
 Ehrmann (Berlin) 193.  
 Eichhorst, H. (Zürich) 116, 537.  
 Einer (Siegen) 244.  
 Elsaesser (Hannover) 417.  
 Engländer, B. (Krakau) 463.  
 Erb, E. (Wehrheim) 25.  
 Erdmann, E. (Halle) 378.  
 Essen-Möller, Ellis (Lund) 415.  
 Eulenburg, A. (Berlin) 235.  
 Ewald (Berlin) 391.

**F.**

Fabry, H. 321.  
 Fauconnet, Ch. J. (Bern) 44.  
 Fein, J. (Wien) 208.  
 Feldmann, G. (Stuttgart) 5.  
 Finder, G. (Berlin) 287.  
 Finkelstein, H. (Berlin) 137.  
 Fischer, E. (Berlin) 333, 415.  
 — E. (Strassburg) 469.  
 Flatow, R. (Berlin) 174.  
 Fölkel, J. E. (Wien) 470.  
 Försterling, K. (Hannover) 109.  
 Fränkel, Alb. (Berlin) 259.

Franck, E. (Berlin) 326.  
 Freemann (Berlin) 483.  
 Freund, Fr. (Prag) 488.  
 —, K. (Danzig) 38, 232.  
 Friolet, H. (Basel) 168.  
 Frischauer, H. (Wien) 279.  
 Frumusiano (Bukarest) 62.  
 Fuchs, Alfr. (Wien) 133.  
 Fürst, L. (Berlin) 15, 38, 343,  
   561.  
 Füh, H. (Leipzig) 546.  
 Fuoss, H. (Giengen) 43.

**G.**

Galatti, D. (Wien) 73.  
 Ganz, K. (Brünn) 471, 478.  
 Garlipp, C. (Berlin) 23, 218.  
 Gaugele, K. (Zwickau) 77.  
 Geiringer, J. (Wien) 170.  
 Gerber, H. (Wien) 49, 215.  
 Gerhardt, C. (Berlin) 233.  
 Germonig, E. (Triest) 158.  
 Gerson, K. (Schlachtensee) 100.  
 Gersuny, R. (Wien) 288.  
 Giese (Jena) 346.  
 Glas, E. (Wien) 301.  
 Göppert, F. (Kattowitz) 20.  
 Goldmann, E. E. (Freiburg) 527.  
 Goldscheider (Berlin) 528.  
 Gondesen, A. (Schwarzenbeck)  
   198.  
 Grawitz (Berlin) 171.  
 Gross, O. (Strassburg i. E.) 219.  
 Grünfeld (Saaz) 210.  
 Grünwald, H. F. (Wien) 307.  
 Günzel, O. (Soden) 526.

**H.**

Haass (Vierns) 294.  
 Haberfeld, J. (Budapest) 225.  
 Habs (Magdeburg) 235.  
 Hadelich (Nürnberg) 122.  
 Häberlin (Zürich) 275.  
 Haedicke (Falkenstein i. Th.) 461.  
 Haïke, H. (Berlin) 35.

- Halban, J. (Wien) 317.  
 Halhuber, Fr. (Wien) 84, 167,  
 212, 301.  
 Hamm (Braunschweig) 92.  
 Hanel, P. (Berlin) 219.  
 Happich, K. (Marburg) 254.  
 Harnack, E. (Halle) 253.  
 Haudek, M. (Wien) 451.  
 Hauße, G. (Gr.-Lichterfelde)  
 256.  
 Haug (München) 104.  
 Hechinger, J. (Freiburg i. Br.)  
 431.  
 Hecht, A. (Beuthen O.-S.) 312.  
 Heermann (Posen) 522.  
 Heinze (Beelitz) 439.  
 Henkes, J. C. (Amsterdam) 331.  
 v. Herff, O. (Basel), 4, 84,  
 491, 549.  
 Herhold (Altona) 195.  
 Hermann, O. (Heidelberg) 91.  
 Herter, G. (Berlin) 138.  
 — (Potsdam) 187.  
 Hertzka, J. (Deutsch-Beneschau)  
 388.  
 Herzberg (Pardautz) 175.  
 Herzfeld, A. (New-York) 417.  
 — G. (Berlin) 307.  
 Herzl, L. (Wien) 318.  
 Herzog, H. (Heidelberg) 526.  
 Hesse (Pirna) 6.  
 Heusner (Barmen) 388.  
 Hildebrandt (Berlin) 107.  
 Hilgermann (Berlin) 194.  
 Hirsch, D. (Krakau) 22.  
 — Fr. (Frankfurt a. M.) 111.  
 — G. (Halberstadt) 416.  
 — R. (Berlin) 27.  
 Hirschberg, J. (Berlin) 508.  
 — M. 133.  
 Hirschfeld, F. (Berlin) 247.  
 Hochhaus (Cöln) 101.  
 Hoffa (Berlin) 419.  
*Hoffmann. E.* (Berlin) 223, 390.  
 — *F. A.* 556.

- Hofmann, Arth. 126.  
 — A. (Karlsruhe) 344.  
 — C. (Kalk-Cöln) 316.  
 Hofmeier, M. (Würzburg) 503.  
 Holub, A. (Karlsbad) 534.  
 Holz, B. (Berlin) 17.  
 Hottinger, R. (Zürich) 61.  
 Hotys, Fr. (Wien) 190.  
 Huth, P. (Berlin) 236.

**I.**

- v. Illyés, G. (Budapest) 394.  
 Impens, E. (Elberfeld) 3.  
 Iseke (Westhofen) 9.

**J.**

- Jacobsohn, L. (Berlin) 99.  
 Jacoby, M. (Mannheim) 535.  
 Jacoby, R. (Berlin) 440.  
 — S. 492.  
 v. Jaksch, R. (Prag) 440.  
 Jamin, F. (Erlangen) 112.  
 Jolly, R. (Berlin) 547.  
 Joseph, M. (Berlin) 137, 203,  
 285, 314, 344.  
 Jürgensen, Chr. (Kopenhagen)  
 212.

**K.**

- Kaczvinsky, J. (Gyula) 298.  
 Kahane, M. (Wien) 221.  
 Kaiser, A. (Dresden) 477.  
 — S. (Breslau) 67.  
 Kalischer, S. (Schlachtensee-  
 Berlin) 333.  
 Kappmeier (Altkloster) 550.  
 Karfunkel, H. (Niederfinow)  
 282.  
 v. Karwowski, A. (Posen) 308.  
 Kauffmann (Ulm) 384.  
 Kaufmann, R. (Frankfurt a. M.)  
 249.  
 Kephallinos (Korfu) 544.  
 v. Kétly, L. (Budapest) 441, 558.  
 v. Khautz, A. (Wien) 205.



Kien, G. (Strassburg) 450.  
 Kirkowič (Wien) 121.  
 Kisch, E. (Prag) 244, 280.  
 Klatt, H. (Marienwerder) 146.  
 Klein (Berlin) 313.  
 Kleinsorgen, Fr. (Elberfeld) 1.  
 Klemperer, G. (Berlin) 337.  
 Klemptner, S. (Berlin) 386.  
 Klingmüller, V. (Breslau) 184,  
 200.

Knopf (Frankfurt a. M.) 378.  
 Koch, G. (Berlin) 530.  
 Kölbl, Fr. (Wien) 117.  
 Köllner, H. (Berlin) 100.  
 Koeppen, A. (Norden) 17.  
 Koerting, H. (Wien) 332.  
 Kohnstamm, O. (Königstein i. Th.)  
 411.

Konjetzny, G. E. (Gleiwitz) 347.  
 Kraus, J. (Berlin) 255, 285.  
 Krause 324.  
 Krause, P. (Breslau) 409.  
 Krausz, S. (Baden bei Wien) 329.  
 Krefting, R. (Christiania) 127.  
 Kreuzfuchs, S. (Breitenstein)  
 524.

Krönig, G. (Berlin) 39, 169.  
 Krokiewicz, A. (Krakau) 463,  
 471.

Kropil (Pressburg) 470.  
 Krumbholz, R. (Wien) 65.  
 Kučera, J. (Gross-Seelowitz)  
 183.

Kühmel, Al. (Wien) 364.  
 Küppers (Düsseldorf) 473.  
 v. Kuester, F. (Charlottenburg)  
 175.

Küster, H. (Treysa) 458.  
 Kuhnt (Königsberg i. Pr.) 8.  
 Kuttner, A. 38.

## L.

Labhardt, A. (Basel) 319.  
 Landau, H. (Berlin) 2.  
 — J. (Krakau) 214.

Landesberg, R. (Alland) 31.  
 Langgaard, A. (Berlin) 215.  
 Langstein, L. (Berlin) 153.  
 Laquer, L. (Frankfurt a. M.) 49.  
 Laqueur, A. (Berlin) 145.  
 Laub, M. (Wien) 374.  
 Lauper (Interlaken) 336.  
 Lengefeld (Berlin) 305, 363.  
 Leo, H. (Bonn) 551.  
 Leopold (Dresden) 491.  
 Lesier, Ch. (Lyon) 41.  
 Levin, E. (Berlin) 542.  
 Levy, E. (Strassburg) 283.  
 — F. (Berlin) 114.  
 — Fr. (Berlin) 50.  
 Lewandowski, J. (Bern) 33.  
 Lewin, C. (Berlin) 57.  
 — E. (Stockholm) 364.  
 Liebl, F. (Heidelberg) 381.  
 Liefschütz, M. (Charkow) 257.  
 Lieven (Aachen) 510.  
 Lilienfeld, A. (Gross-Lichter-  
 felde) 334.  
 Lindemann (Berlin) 336.  
 Lindenstein (Berlin) 120.  
 Lininger (Bonn) 209.  
 Loeb, M. (Frankfurt a. M.) 58.  
 Loele, P. (Winzig) 541.  
 Löwy, M. (Marienbad) 114.  
 Lohnstein, H. (Berlin) 431.  
 Lots, F. (Friedrichroda) 355.  
 Lucke, R. (Magdeburg) 482.  
 Lüders, R. 316.  
 Lüth (Bajohren) 350.

## M.

Mahaut (Lyon) 41.  
 Maldarescu, N. (Bukarest) 119.  
 Manasse, F. (Berlin) 300.  
 Mann, G. (Triest) 175.  
 Marcus (Posen) 229.  
 — H. M. (Wien) 524.  
 Margosches, J. (Podu-Ilocei)  
 526.  
 Martin, E. (Greifswald) 513.

## XXXIV

Mayer, (Simmern) 106.  
 Meissner, P. (Berlin) 524.  
 Mendel, E. (Berlin) 540.  
 Mendl, J. (Prag) 63.  
 Menschig (Tost) 71.  
 v. Mering, J. (Halle) 333,  
 415.  
 Meyer, E. (Halle) 462.  
 — H. (Berlin) 323.  
 — J. (Berlin) 72.  
 — L. F. (Berlin) 115, 493.  
 — N. (Wildungen) 492.  
 Meyer-Ruegg (Zürich) 340.  
 Minkowski, O. (Greifswald)  
 227, 276.  
 Möller, C. (Erkner) 237.  
 — S. (Altona) 522.  
 Mörchen, F. (Hohe Mark)  
 430.  
 Mohr, R. (Mügel) 179.  
 Moos (Heilbronn) 95.  
 Moser (Weimar) 372.  
 Moszkowicz, L. (Wien) 82.  
 Müller, Ed. (Breslau) 129.  
 — R. (Wohlen) 250.  
 — W. (Gelsenkirchen) 13.  
 — (München) 194.  
 Muskat, G. (Berlin) 75.

## N.

Nachmann (San Francisco) 488.  
 Naegeli-Akenblom (Genf) 143,  
 540, 543.  
 Nathan, H. (Prag) 276.  
 Naubert (Buckhardtswalde) 274.  
 Neuhaus (Hagen) 521.  
 Neumann, M. (Berlin) 188.  
 Niemann, F. (Berlin) 390.

## O.

v. Ottingen, W. (Berlin) 433,  
 Ohm (Berlin) 147.  
 Oppenheimer, E. H. (Berlin)  
 234, 466.  
 Orłipski (Halberstadt) 111.  
 Ostermann, A. (Breslau) 352.

## P.

Pal, J. 260.  
 Pautz, W. (Berlin) 12.  
 Philip, C. (Hamburg) 400.  
 Pick, Al. (Wien) 497.  
 Pickhardt (Berlin) 367.  
 Piorkowski (Berlin) 110.  
 Pollack, K. (Stettin) 459.  
 Posner, C. (Berlin) 158, 159.  
 Püschmann (Britz) 515.

## R.

Rabinowitsch, L. (Berlin) 551.  
 Rahn, A. 13.  
 Rasp, Ad. (Plan) 168.  
 Rau (Wreschen) 221.  
 Reicher, K. 545.  
 Reiss, E. (Aachen) 173.  
 Renner (München) 293.  
 Respighi 183.  
 Rheinboldt (Kissingen) 435.  
 Richarz, A. (Barmen) 513, 541.  
 Richter, P. (Berlin) 342, 396.  
 — R. (Waldenburg) 564.  
 Riese, H. (Britz) 487.  
 Rindfleisch, C. (Gera) 143.  
 Roemheld, L. (Schloss Hornegg  
 a. N.) 429.  
 Roscher, K. (Berlin) 415.  
 Rosenbaum, Th. (Berlin) 401.  
 Rosenberg, L. (Berlin) 97.  
 Rosenberger, F. (Würzburg) 500.  
 Rosenfeld, A. (Breslau) 322.  
 Rosthorn, A. (Heidelberg) 506.  
 Rothholz (Stettin) 7.  
 Rotky, H. (Prag) 274, 541.  
 Rubens (Gelsenkirchen) 141.  
 Rudolph (Magdeburg) 162.  
 Ruge, P. (Berlin) 86.

## S.

Saar, H. (Breslau) 165.  
 Salge, B. (Dresden) 68, 457,  
 552.  
 Saradeth (Ruhpolding) 320.

Sarason, L. (Berlin) 120, 186.  
 Sarwéy, O. (Tübingen) 85.  
 Schaeche (Château-Salins) 18.  
 Schädel, H. (Leipzig) 339, 399.  
 Schanz, A. (Dresden) 268.  
 Schawerda, K. (Wien) 251, 443.  
 Schechner, M. (Znaim) 198.  
 Scheller, R. (Königsberg) 163.  
 Schiff (Berlin) 52.  
 Schill (Dresden) 376, 420, 464,  
 518, 559.  
 Schilling, F. (Leipzig) 550.  
 Schlesinger, E. (Berlin) 348.  
 — H. (Wien) 264, 436.  
 Schmidt Ad. (Dresden) 117,  
 446, 463.  
 — C. (Cottbus) 375.  
 — Erh. (Dresden) 148.  
 — W. (Dresden) 315.  
 Schmiz (Aachen) 135.  
 Schneider, H. (Berlin) 337.  
 — K. (Basel) 221.  
 Schourp (Danzig) 416.  
 Schröder, G. (Schomberg) 554.  
 Schrom, M. (Berlin) 193.  
 Schütze, A. (Charbin) 360.  
 Schultz, F. (Bern) 250.  
 Schuster, L. (Aachen) 339.  
 Schwalbe J. (Berlin) 469.  
 Schwartz (Gleiwitz) 39.  
 Schwarz, Ed. (Prag) 250.  
 Schwarzschild, M. (Berlin) 137.  
 Seegert, P. (Berlin) 512.  
 Seeligsohn, W. (Berlin) 53.  
 Sehlbach, A. (Zella-St. Bl.) 316.  
 Sehrwald (Trier) 71.  
 Seifert (Würzburg) 3, 141, 455.  
 Senator (Berlin) 327.  
 Seyffert, M. (Dessau) 562.  
 v. Sicherer (München) 521.  
 Siebert C. (Breslau) 179.  
 Silberstein, L. (Berlin) 257.  
 Sinmonds (Hamburg) 486.  
 Simon, O. (Karlsbad) 9.  
 Simrock, K. (Frankf. a. M.) 489.

Sittler, P. (Strassburg) 443.  
 Sokal, B. (Lysiei) 177.  
 Sommer (Dresden) 460.  
 — (Niederwendig) 22.  
 Sonnenburg (Berlin) 102.  
 Sorgius, W. (Schiltigheim) 283.  
 Sörgo, J. (Alland) 226.  
 Speiser (Bischofsburg) 204.  
 Stadelmann (Berlin) 364.  
 Stadler, E. (Leipzig) 241, 291.  
 Stakemann (Rotenburg) 242.  
 Stark, Ad. (Marienbad) 323, 341.  
 Stegmann, R. (Wien) 82, 298.  
 Stein, J. (Saaz) 335.  
 Stein, L. (Purkersdorf b. Wien)  
 295.  
 Steiner, M. (Altenburg) 215,  
 342.  
 Steinhauer, E. (Naumburg a. S.)  
 253.  
 Steinkühler, M. (Zittau) 197.  
 Stenger, P. (Königsberg i. Pr.)  
 88, 163.  
 Stoeltzner, W. (Halle) 116.  
 Storbeck (Magdeburg) 116.  
 Stotzer, E. (Bern) 54.  
 Strauss, A. (Barmen) 140, 166.  
 Strzyzowski (Lausanne) 290.  
 v. Stubenrauch (München) 10.  
 Stumpf, J. (Würzburg) 60.  
 Suchy, S. 510.  
 Suess, E. (Alland) 226.  
 Swoboda, N. (Wien) 477.

## T.

Tauber, S. (Wien) 359.  
 Teschemacher (Neuenahr) 248.  
 Tetzner, R. (Stötteritz) 531.  
 Teutschländer (Wil) 298.  
 Thanisch, J. 423.  
 Tilmann, O. (Cöln) 51.  
 Tischler, H. (Berlin) 403.  
 Tomaczewski, E. (Halle) 262,  
 378.  
 Tomaschny (Treptow a. R.) 199.

**U.**

- Uhlich (Berlin) 391.  
 Uhthoff (Breslau) 189.  
 Ullmann, J. (Palermo) 31.  
 Ulrici, H. (Reiboldsgrün) 323.  
 Umber (Altona) 408.  
 Unger, E. 332.  
 Ury, H. (Berlin) 525.

**V.**

- Vahlen, E. (Halle) 87.  
 Veit, J. (Halle) 25.  
 zur Verth 479.  
 Vlach, A. (Prag) 373.  
 Vörner, H. (Leipzig) 59, 299,  
 501.  
 Vohsen, K. (Frankfurt a. M.) 216.  
 Volk, R. (Wien) 127.  
 Volland (Davos) 259, 418.  
 Voltolini (Naumburg a. B.) 514.

**W.**

- Wahle, S. (Kissingen) 19.  
 Wassmuth, A. (Innsbruck) 220.  
 Wechsler, L. 322.  
 Weinberg, M. (Wien) 562.  
 Weissmann, R. (Lindenfels) 5.

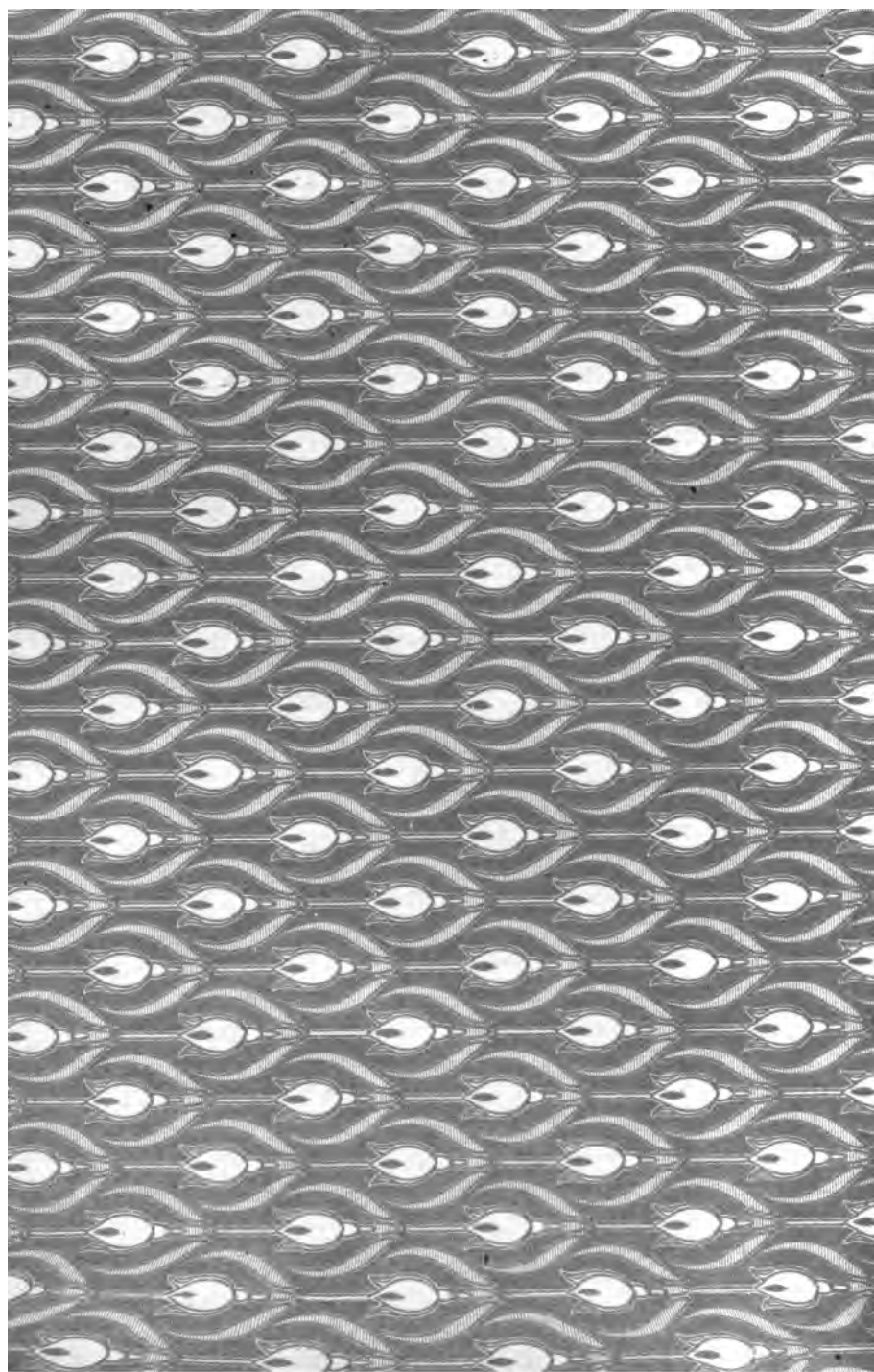
- Welander, E. (Stockholm) 180.  
 Wende (Kreuzburg) 182.  
 Werner (Rummelsburg) 367.  
 Winckelmann (Köln) 258.  
 Winter, A. (Falkenau) 522.  
 Winterberg, J. (Wien) 190.  
 Wohlauer, R. (Berlin) 536.  
 Wolf, E. (München) 321.  
 Wolff, E. (Charlottenburg-West-  
 end) 526.  
 — L. (Berlin) 432.  
 Wolffberg (Breslau) 150, 234,  
 355.  
 Wolfenstein, Ed. (Berlin) 152.  
 Wunsch, M. (Berlin) 60. 410.

**Z.**

- v. Zeissl, M. (Wien) 127.  
 Zickgraf (Edmundsthal-Geest-  
 hacht) 455.  
 Ziegler (Potsdam) 24.  
 Zippel, O. (Hamburg) 424.  
 Zobel, A. (Stepenitz) 305.  
 Zweifel (Leipzig) 411.  
 Zweig, W. (Wien) 444.  
 Zwillinger, J. (Olmütz) 233.  
 Zwintz, J. (Wien) 49.









3 9015 05976 9243

